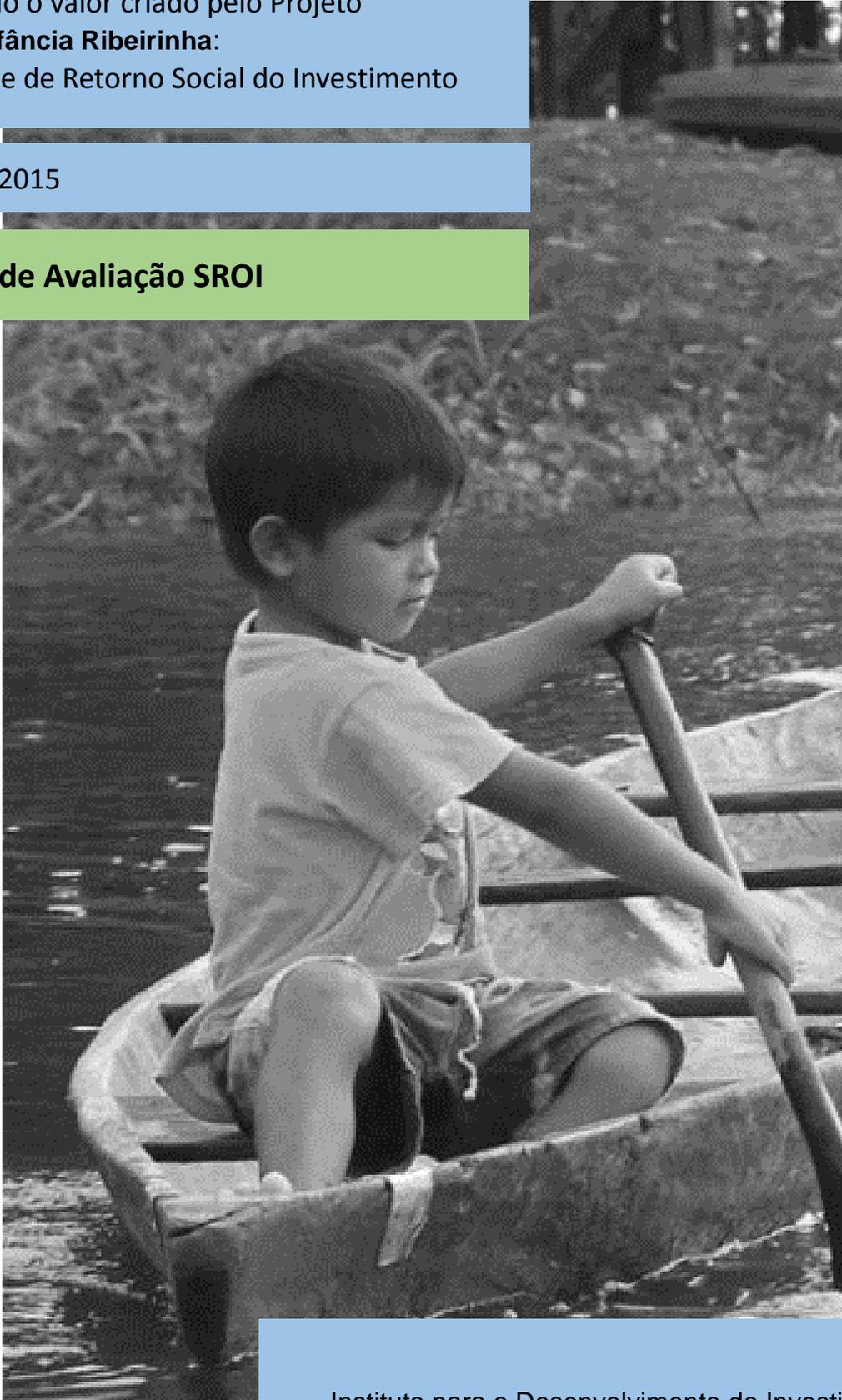


Mensurando o valor criado pelo Projeto
Primeira Infância Ribeirinha:
Uma Análise de Retorno Social do Investimento

Novembro 2015

Relatório de Avaliação SROI



IDIS
Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social

Avaliação de Retorno Social do Investimento do Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR)

Publicado em agosto de 2016 pelo IDIS – Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social

www.idis.org.br

Equipe

Otoniel Niccolini

Gerente de projetos no IDIS. Trabalhou em organizações como Instituto Ayrton Senna, Instituto Camargo Corrêa e Cenpec, nas áreas de avaliação, educação e desenvolvimento comunitário.

Paula Jancso Fabiani

Diretora-presidente do IDIS. Foi diretora financeira da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e Controller do Instituto Akatu. Trabalhou no Private Equity do Grupo Votorantim, e nos bancos BankBoston e Lloyds Bank.

Sofia Rebehly

Analista de projetos de investimento social no IDIS. Fez mestrado profissional em Expertise econômica em políticas e projetos de desenvolvimento no *Institut d'Etude du Développement Economique et Social* (IEDES) da Universidade Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

SUMÁRIO

Introdução.....	6
Capítulo 1 – O Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR).....	8
1.1. A necessidade do Projeto PIR	8
1.2. O objetivo e as atividades do Projeto Primeira Infância Ribeirinha - PIR	9
Capítulo 2 – A metodologia <i>Social Return on Investment (SROI)</i>	12
2.1. O diferencial da metodologia SROI	12
2.2. Os princípios da metodologia SROI	12
2.3. Os estágios da metodologia SROI	13
Capítulo 3 – Estabelecendo o escopo e identificando os <i>stakeholders</i> -chave.....	15
3.1. Estabelecendo o escopo	15
3.2. Identificando os stakeholders	16
3.3. Coletando dados qualitativos de resultado	18
3.4. Buscando evidências para a avaliação SROI	19
Capítulo 4 – Como o Projeto PIR gera mudanças?	21
4.1. O que é a Teoria de Mudança?	21
4.2. Exercício para construção da Teoria da Mudança	22
4.3. Teoria de Mudança do Projeto PIR	24
4.4. Como o Projeto PIR cria mudança	25
4.5. Entendendo a mudança para cada stakeholder ao longo do tempo	26
4.6. Testando a Teoria de Mudança para a avaliação SROI	33
Capítulo 5 – Evidenciando resultados.....	35
5.1. Desenvolvendo indicadores de resultado	35
5.2. Coletando dados quantitativos de resultado	37
5.3. Calculando o nível das mudanças para cada stakeholder	39
5.4. Estabelecendo quanto os resultados duram	41
Capítulo 6 - Valorando os resultados através de <i>Proxies</i> financeiras.....	43
Capítulo 7 – Estabelecendo os impactos	56
7.1. Contrafactual e Deslocamento	56
7.2. Atribuição	58
7.3. Calculando o impacto	60
Capítulo 8 – Calculando o <i>SROI</i>	63
8.1. Calculando o valor presente líquido	63
8.2. Os custos do Projeto PIR	66
8.3. O retorno social do investimento no Projeto	67

8.4. Distribuição dos valores entre os stakeholders	68
8.5. Análise de sensibilidade	71
8.6. Relatando os resultados da avaliação aos stakeholders	74
Capítulo 9 – Conclusões e recomendações	75
9.1. Principais descobertas	75
9.2. Oportunidade de aumentar o impacto	76
9.3. Recomendações e implicações da avaliação	77
Bibliografia	79
Glossário	82
Figura 1: Mapa dos municípios beneficiados	15
Figura 2: Os stakeholders do Projeto	16
Figura 3: Teoria de Mudança	22
Figura 4: Teoria de Mudança do Projeto PIR	24
Figura 5: Teoria de Mudança - Crianças 0-3.....	26
Figura 6: Teoria de Mudança - Crianças 3-6.....	28
Figura 7: Teoria de Mudança - Cuidadores	29
Figura 9: Teoria de Mudança - Gestantes	31
Figura 8: Teoria de Mudança - ACSs.....	32
Figura 10: Distribuição dos benefícios	69
Figura 11: Benefícios para as crianças de 0 a 6 anos	69
Figura 12: Benefícios para os ACSs.....	70
Figura 13: Benefícios para os cuidadores.....	70
Figura 14: Benefícios individuais	71
Figura 15: Análise de sensibilidade - Proxies ACSs.....	72
Figura 16: Análise de sensibilidade - Proxies Cuidadores e Gestantes	73
Figura 17: Análise de sensibilidade - Proxies Crianças	73
Figura 18: Variação do SROI	73
Tabela 1: Resultados por Stakeholder.....	34
Tabela 2: Indicadores	36
Tabela 3: Amostra	38
Tabela 4: Mudanças por indicador.....	40
Tabela 5: Período de Benefício	41
Tabela 6: Proxies utilizadas	54
Tabela 7: Contrafactual	57
Tabela 8: Atribuição	59
Tabela 9: Impacto do PIR.....	61
Tabela 10: VPL dos benefícios.....	65
Tabela 11: Custos do Projeto	66
Tabela 12: SROI	67
Tabela 13: Relação custo benefício de outros projetos.....	68

Abreviação de termos

Siglas utilizadas neste relatório:

ACS	Agente Comunitário de Saúde
FAS	Fundação Amazonas Sustentável
FBvL	Fundação Bernard van Leer
IDIS	Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIR	Primeira Infância Ribeirinha
RDS	Reserva de Desenvolvimento Sustentável
SROI	<i>Social Return on Investment</i> (Retorno Social do Investimento)
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

Introdução

Este relatório apresenta os resultados da avaliação do retorno social do investimento do Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR).

O PIR é um projeto-piloto que se insere em um programa para a primeira infância no estado do Amazonas, o Primeira Infância Amazonense (PIA). O PIA foi concebido pelo Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS), com apoio da Fundação Bernard van Leer (FBvL)¹, tendo como objetivo final o estabelecimento de uma política pública para a primeira infância no estado. A experiência foi bem-sucedida e apresentou as evidências necessárias que levaram à aprovação do Programa Primeira Infância Amazonense pelo Governo do Amazonas em 11 de março de 2016 (Lei 4.312)², resultado dos esforços do IDIS e da Secretaria do Estado do Amazonas (SUSAM), com apoio de organizações parceiras e secretarias de estado em sua concepção. Abaixo, o logo do Programa:



O PIA contou com orientação e apoio de um Comitê Consultivo³ e foi composto por quatro etapas:

1. Estudo de programas de estímulo à primeira infância no Brasil e no exterior. Resultou na publicação, “Primeira Infância: Panorama, Análise e Prática”⁴;
2. Implantação de projeto-piloto Primeira Infância Ribeirinha – PIR⁵;
3. Articulação de recursos, pessoas e instituições para definição de política pública no Amazonas, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM);
4. Disseminação das lições aprendidas para outros estados do Brasil, especialmente os da região Norte com características similares.

O PIR (item 2) foi implantado pela Fundação Amazonas Sustentável (FAS)⁶, uma organização não-governamental atuante na região, com apoio da Secretaria de

¹ Sediada em Haia, na Holanda, é uma fundação privada para a subvenção de projetos com foco em desenvolvimento infantil. Mais informações no site da Fundação: <http://www.bernardvanleer.org/>.

² Para mais informações, consulte <http://www.amazonas.am.gov.br/2016/05/governo-do-amazonas-lanca-programa-primeira-infancia-amazonense-2/>.

³ Os membros deste Comitê são: Adriana Friedmann (coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Simbologia, Infância e Desenvolvimento – NEPSID), Alessandra Schneider (assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS), Ana Elizabeth de Andrade Lima (coordenadora do Programa Mãe Coruja Pernambucana), Ricardo Paes de Barros (professor titular da Cátedra Instituto Ayrton Senna no Insper e coordenador do Núcleo de Pesquisa em Ciências para Educação do Centro de Políticas Públicas – CPP) e Vital Didonet (especialista em Educação Infantil e assessor legislativo da Rede Nacional Primeira Infância – RNPI).

⁴ Disponível para download em: <http://idis.org.br/primeira-infancia-panorama-analise-e-pratica/>.

⁵ Publicação sobre o projeto-piloto PIR disponível para download em: <http://idis.org.br/primeira-infancia-ribeirinha/>. O vídeo do PIR pode ser visualizado em: <https://www.youtube.com/watch?v=KTqcUP1BSNc>.

⁶ Para mais informações sobre a FAS, consulte <http://fas-amazonas.org/>.

Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) e financiamento do IDIS (recursos provenientes da parceria com a BvLF). A experiência do projeto-piloto é entendida como instrumento para a criação de evidências para a expansão estadual da estratégia, a partir do estabelecimento de uma política pública. Assim, sua avaliação tem como objetivo contribuir para este processo a partir da coleta e análise de informações sobre o projeto-piloto para a compreensão do impacto desta estratégia e identificação de pontos de melhoria do Programa.

Em paralelo a esta avaliação, a AMHT Consultoria Ambiental, financiada pelo IDIS, desenvolveu a mensuração de mudanças de aspectos selecionados do PIR, comparando dados coletados antes do início do Projeto e após sua conclusão. Esta mensuração trouxe evidências e elementos importantes para o desenvolvimento desta avaliação.

O Projeto PIR buscou contribuir para o desenvolvimento integral da primeira infância em 19 comunidades ribeirinhas pertencentes à Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Rio Negro, no estado do Amazonas, onde foi implantado nos anos de 2013 e 2014.

Os objetivos desta avaliação são:

- Compreender o impacto do Projeto PIR através de um estudo avaliativo que demonstre a efetividade do investimento realizado;
- Criar evidências para o estabelecimento de uma política pública para a primeira infância no estado do Amazonas;
- Identificar potenciais pontos de aprimoramento e focos prioritários a serem considerados na política pública.

Para esta avaliação, usou-se a metodologia *SROI* (*Social Return on Investment* – Retorno Social sobre o Investimento), apresentada no Capítulo 2.

Capítulo 1 – O Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR)

1.1. A necessidade do Projeto PIR

O Amazonas é o maior estado em área territorial do país, mas apresenta um dos mais baixos índices de densidade demográfica, com 2,23 habitantes por quilômetro quadrado⁷. A população está distribuída em 62 municípios, sendo 87% deles com população abaixo de 50 mil habitantes⁸. O Estado tem a maior população de índios do país e inúmeras comunidades tradicionais de pescadores artesanais e seringueiros, cujo acesso é normalmente difícil⁹.

Mais de 60% dos nascimentos do estado acontecem na região de Manaus. Em 2011, 26,8% dos nascimentos no estado foram de mães com menos de 20 anos. No que tange a atenção ao pré-natal, dados de 2011 indicam que 5,6% das mulheres não tiveram acesso a consultas durante a gravidez e 23% tiveram entre 1 a 3 consultas¹⁰.

A mortalidade infantil é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas em um país. Nos últimos anos, o principal motivo dos óbitos de crianças nessa faixa etária passou a ser as afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e a qualidade da assistência à gravidez e ao parto.

As crianças até 10 anos representam 19,6% da população total do estado¹¹. Este grupo etário demanda acompanhamento afim de identificar precocemente transtornos que possam afetar sua saúde e, em especial, sua nutrição e desenvolvimento. Evidências reforçam que os cuidados recebidos nos primeiros anos da infância podem se estender por toda a vida, pois afeta a base de aprendizagem, do comportamento e da saúde¹².

Além da preocupação com a mortalidade infantil, programas voltados a essa faixa etária devem visar o desenvolvimento integral da criança, garantindo qualidade de vida nos primeiros anos de sua vida e abrindo caminhos para uma vida adulta saudável e bem desenvolvida em toda sua potencialidade.

⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>.

⁸ IBGE, 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=13&idtema=16&codv=v08&search=mazonas|alvaraes|sintese-das-informacoes->.

⁹ IBGE, O Brasil Indígena. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/encarte_censo_indigena_02%20B.pdf.

¹⁰ SUSAM, 2012. Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2012-2015.pdf.

¹¹ IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>.

¹² O Banco Mundial, por exemplo, trabalhou sobre o tema na publicação *From Early Child Development to Human Development: Investing in our Children's Future* (2012). Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13950/239490PUB0Rpl0top0150500same0info0.pdf?sequence=1>.

1.2. O objetivo e as atividades do Projeto Primeira Infância Ribeirinha - PIR

O Projeto PIR foi idealizado a partir da necessidade de sensibilização sobre a importância da primeira infância da Amazônia, tendo como objetivo garantir o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos das comunidades ribeirinhas beneficiadas por meio da promoção de atividades de estímulo e de proteção.

O projeto busca aprimorar as visitas domiciliares na abordagem da primeira infância, sendo concebido para apoiar os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) a levar esses conhecimentos aos cuidadores das crianças.

Cinco atividades foram estabelecidas para o Projeto PIR:

1. Formação em Desenvolvimento da Primeira Infância para os agentes que realizam visitas domiciliares

O foco do Projeto PIR é a visita domiciliar realizada pelos ACSs, tendo como eixos estruturantes o percurso formativo e a supervisão.

A formação foi feita através de encontros presenciais distribuídos da seguinte forma:

ANO	ENCONTRO PRESENCIAL	DURAÇÃO
2013	1º encontro de formação	5 dias
	2º encontro de formação	4 dias
	3º encontro de formação	3 dias
2014	4º encontro de formação	4 dias
	5º encontro de formação	2 dias
TOTAL		18 dias

Também participaram destes encontros de formação os enfermeiros do município, que atuam como supervisores dos ACSs. Como parte da formação e após os encontros presenciais, houveram visitas monitoradas para que os ACSs pudessem colocar em prática as aprendizagens teóricas recebidas nos encontros presenciais e receber orientação dos supervisores nestas visitas.

Em seu conjunto, o percurso formativo foi realizado por profissionais da SUSAM, do Ministério da Saúde e da FAS, médico e nutricionista especialistas em primeira infância e 03 consultoras técnicas do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), desenvolvido no Rio Grande do Sul.

Dentre o conteúdo das formações, informações sobre o desenvolvimento infantil, como a importância do brincar, do aleitamento materno, da nutrição ribeirinha e dos cuidados de higiene, foram exploradas. Além disso, trabalhou-se a

ressignificação histórica do trabalho do ACS na comunidade, o aperfeiçoamento dos recursos e materiais locais para qualificação das visitas domiciliares e o conhecimento sobre redes comunitárias de apoio à primeira infância.

Estas atividades formativas totalizaram 180 horas.

2. Difusão de material impresso

Foi criado o Guia de Visitação¹³, composto por 93 guias de visita de 45 minutos para os ACSs. Este Guia segue as etapas do desenvolvimento infantil, do primeiro mês de gestação da mãe, até os 6 anos de idade da criança. Temas como aleitamento materno, alimentação saudável, higiene bucal, melhores estímulos e brincadeiras por faixa etária são abordados, fornecendo apoio para os ACSs realizarem as visitas domiciliares.

Os ACSs também receberam materiais de apoio, o kit Família Brasileira Fortalecida, da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a Maleta Infância, do Canal Futura (imagens dos materiais no Apêndice 1).

3. Difusão de conceitos da primeira infância na Rádio Cultura do Amazonas

O programa de rádio “Vozes da Floresta”, desenvolvido por meio de parceria entre a FAS e a Rádio Cultura do Amazonas, insere-se na estratégia de comunicação do Projeto com as famílias e comunidades.



4. Reuniões para sensibilização e mobilização das comunidades para o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos

Foram realizadas 2 reuniões com as lideranças comunitárias para apresentar o Projeto PIR, sensibilizá-los quanto à importância do desenvolvimento da primeira infância e receber seu apoio na mobilização das comunidades para o recebimento do Projeto.

5. Reuniões para sensibilização e integração das Secretarias municipais e estadual para o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos

Foram realizadas 17 reuniões com a SUSAM e as secretarias municipais de saúde dos municípios do Projeto PIR (Iranduba, Manacapuru e Novo Airão).

A formação dos ACSs teve como objetivo prove-los de conhecimento para qualificar as visitas domiciliares a famílias com gestantes e crianças de 0 a 6

¹³ Posterior ao término desta avaliação, este Guia foi aprimorado e lançado pela FAS como possível instrumento de apoio à implantação da política pública Programa Primeira Infância Amazonense (PIA).

anos para que cuidadores e gestantes mudem seu comportamento e o impacto desta mudança seja refletido positivamente no desenvolvimento das crianças. Os eixos estruturantes do Projeto são a capacitação e a supervisão. As demais atividades do Projeto PIR são estratégias complementares de mobilização para a viabilização do Projeto.

Capítulo 2 – A metodologia *Social Return on Investment (SROI)*

2.1. O diferencial da metodologia *SROI*

O *Social Return on Investment (SROI)* ou Retorno Social sobre Investimento é um tipo de análise de custo-benefício reconhecida pelo *Cabinet Office* do Reino Unido¹⁴. O método auxilia organizações a avaliar aspectos intangíveis de seus projetos ou programas, isto é, aspectos que criam um valor que é real, mas que por ser difícil de medir, normalmente não é considerado.

Ao invés de simplesmente focar nos custos do investimento, a metodologia *SROI* contabiliza todos os impactos considerados como relevantes pelos diferentes **grupos de interesse**, ou seja, os diferentes “*stakeholders*”.

O *SROI* vai além das avaliações convencionais, que costumam focar apenas nas intervenções e atividades realizadas pelo programa e que nem sempre refletem as mudanças mais importantes.

A riqueza do *SROI* está justamente em medir o impacto, que foi vivenciado de fato pelos *stakeholders*. **O *SROI* mede a mudança que é relevante para as pessoas ou organizações que experimentaram ou contribuíram para tal mudança.**

Uma vez que as mudanças principais são identificadas, valores são atribuídos através da definição de um equivalente monetário para cada benefício. Porém, **é importante esclarecer que o *SROI* busca medir um valor que não é monetário.**

A avaliação *SROI* é muito mais do que um número, ela retrata a história da mudança e **seu objetivo é gerar informações que apoiem decisões, incluindo dados qualitativos, quantitativos e financeiros.**

Em resumo, na busca pela história de como a mudança foi gerada, mede-se o impacto social, ambiental e econômico de um projeto, programa ou toda uma organização.

As próximas duas seções desse capítulo baseiam-se no guia da metodologia *SROI*¹⁵.

2.2. Os princípios da metodologia *SROI*

O *SROI* foi desenvolvido por meio de análises de contabilidade social e custo-benefício e tem como base sete princípios. Esses princípios, apresentados a seguir, sustentam como o *SROI* deve ser aplicado.

¹⁴ Mais informações sobre a metodologia *SROI* no Apêndice 2.

¹⁵ Este guia está disponível (em inglês) em: <http://socialvalueuk.org/what-is-sroi/the-sroi-guide>. O guia de 2009 foi escrito por Jeremy Nicholls, Ellis Lawlor, Eva Neitzert e Tim Goodspeed e, em 2015 foi traduzido para o português pelo IDIS.

1. Envolver os *stakeholders*.
2. Entender o que muda.
3. Valorizar as coisas que importam.
4. Incluir somente o que for material¹⁶.
5. Não reivindicar em excesso.
6. Ser transparente.
7. Verificar o resultado.

Os *stakeholders* são definidos como pessoas ou organizações que experimentam mudanças ou afetam o negócio, de maneira positiva ou negativa, como resultado da atividade que estiver sendo analisada.

Como qualquer metodologia de pesquisa, o *SROI* requer discernimento durante toda a análise e não há substituto para o julgamento daquele que a põe em prática.

2.3. Os estágios da metodologia *SROI*

Fazer uma análise *SROI* envolve seis etapas:

1. **Estabelecendo o escopo e identificando os *stakeholders*-chave.** É importante ter limites claros em relação ao que sua análise *SROI* irá cobrir, quem estará envolvido no processo e como.
2. **Mapeando resultados.** Um mapa de impacto ou uma teoria de mudança serão desenvolvidos a partir de seu envolvimento com os *stakeholders*, e este documento demonstrará a relação entre entradas, saídas e resultados.
3. **Evidenciando resultados e atribuindo-lhes um valor.** Esta etapa envolve encontrar dados para demonstrar se os resultados aconteceram e, então, atribuir-lhes um valor.
4. **Estabelecendo impacto.** Tendo coletado as evidências sobre os resultados e atribuído valor monetário a eles, os aspectos da mudança que teriam acontecido de qualquer maneira ou que sejam o resultado de outros fatores são eliminados da análise.
5. **Calculando o *SROI*.** Esta etapa envolve a soma de todos os benefícios, a subtração de qualquer impacto negativo e a comparação do resultado com o investimento. Este ponto também é o ponto no qual a sensibilidade dos resultados pode ser testada.
6. **Relatando, usando e incorporando.** Facilmente esquecida, esta última etapa é vital e envolve compartilhar os resultados com os *stakeholders*, e reagir a eles, incorporando processos com bons resultados.

¹⁶ O termo “material” não tem o sentido físico/concreto (de “matéria”), mas sim o sentido usualmente aplicado nas Ciências Contábeis, onde “material” significa “o que realmente importa, o que é relevante” e o que de fato afeta o desempenho de uma iniciativa.

A presente análise do Projeto PIR é AVALIATIVA, ou seja, foca no impacto e resultados e segue os princípios da metodologia *SROI*.

Capítulo 3 – Estabelecendo o escopo e identificando os stakeholders-chave

3.1. Estabelecendo o escopo

O Projeto PIR abrangeu 19 comunidades ribeirinhas pertencentes à Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Rio Negro. Tais comunidades se localizam em três diferentes municípios: Iranduba, Manacapuru e Novo Airão – a, respectivamente, 27, 70 e 115 quilômetros da capital, Manaus. O Projeto beneficiou 180 famílias, 224 crianças e 40 gestantes¹⁷.

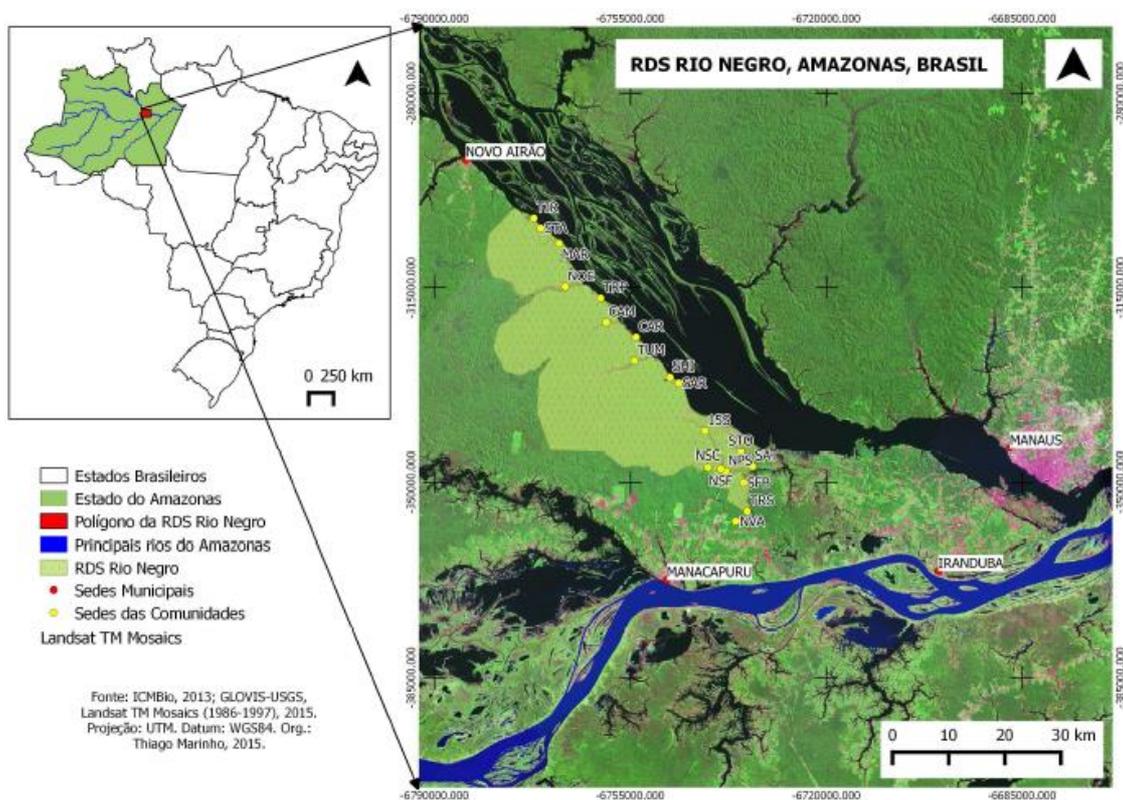


Figura 1: Mapa dos municípios beneficiados

Foram coletadas informações avaliativas em 15 comunidades¹⁸.

O período de análise foi definido em 2 anos (2013 e 2014), período durante o qual os ACSs receberam o percurso formativo, realizaram as visitas e foram supervisionados no seu trabalho.

¹⁷ Houve divergência na quantidade de gestantes beneficiadas pelo projeto: a FAS informou a existência de 40, mas os pesquisadores identificaram somente 9 gestantes ao visitarem as comunidades. Isto pode estar relacionado ao fato de muitas gestantes se mudarem para cidades, enquanto estão grávidas, para o caso de precisarem de atenção médica.

¹⁸ Dentre as razões que explicam a não coleta de dados em 4 comunidades estão: inexistência de crianças inseridas no Projeto PIR no momento da avaliação; ausência do responsável pela criança para aplicação do questionário, e; ausência do líder comunitário e ACS para identificação das famílias beneficiadas pelo Projeto PIR.

3.2. Identificando os *stakeholders*

A identificação dos grupos de interesse (*stakeholders*) do Projeto PIR foi possível através da análise de documentos sobre o Projeto PIR (produzidos pela FAS, SUSAM, IDIS e AMHT), o levantamento de informações secundárias sobre a região, assim como um conjunto de conversas com os gestores locais do Projeto (FAS e SUSAM), atividades preparatórias ao processo avaliativo.

A figura abaixo apresenta os diferentes *stakeholders* do Projeto PIR:



Figura 2: Os *stakeholders* do Projeto

Para o propósito desta análise, os *stakeholders* incluídos na avaliação de impacto foram aqueles **significativamente afetados pelas atividades do PIR**, definidos através da quantidade de mudança material experimentada e sua permanência ao longo do tempo.

Os *stakeholders* materialmente impactados pelo Projeto PIR estão destacados **em verde** e com um asterisco (*) na figura acima.

- Crianças de 0 a 3 anos

Foram impactadas positivamente pela capacitação dos ACSs, que passam, assim como os cuidadores, a melhor acompanhar sua saúde e desenvolvimento.

- Crianças de 3 a 6 anos

Foram impactadas positivamente pelas atividades do projeto, pois ACSs e cuidadores passam a acompanhar melhor sua saúde e desenvolvimento.

Ainda que as mudanças observadas para as crianças de 0 a 3 anos e de 3 a 6 anos tenham sido classificadas da mesma forma, percebeu-se, nos grupos focais com cuidadores e ACSs, diferentes processos para o seu estabelecimento. Nesse sentido, a análise do impacto nas crianças do Projeto PIR é feita separadamente para essas duas faixas etárias.

- Cuidadores

A grande maioria dos cuidadores são as mães, mas em alguns casos há avós e pais como principal cuidador da criança e por esta razão denominamos este grupo como cuidadores. Nos grupos focais e entrevistas que embasaram a fase qualitativa de coleta de dados (apresentada na próxima seção), observou-se que mães, avós, ou outras pessoas diretamente responsáveis pelo cuidado com a criança foram afetadas da mesma forma pelo Projeto PIR. Os cuidadores foram afetados pelo Projeto PIR pois passaram a ter melhor conhecimento sobre a saúde e o desenvolvimento das crianças, reconhecendo o seu papel nesse processo.

Não foi utilizado o nome “familiares” para este grupo, porque a família compreende irmãos e outros parentes não diretamente responsáveis pelo cuidado das crianças e que, por vezes, não participam das visitas domiciliares. É possível que tenham mudado seu comportamento face às crianças por meio das informações e conhecimentos transmitidos durante as visitas domiciliares, mas, como não podemos ter certeza do envolvimento dessas pessoas nas visitas, o impacto do PIR sobre elas não foi mensurado.

- Gestantes

As gestantes foram impactadas pelo Projeto PIR ao adquirir informações sobre desenvolvimento infantil e sobre a importância do acompanhamento de sua saúde e do bebê desde os primeiros meses de gravidez.

- Agentes Comunitários de Saúde

Passam a usufruir de melhores conhecimentos e informações para a realização do seu trabalho com a primeira infância e a contar com apoio efetivo para o esclarecimento de dúvidas.

A decisão sobre os *stakeholders* materialmente impactados pelo PIR baseou-se nas evidências apresentadas nas atividades preparatórias do processo

avaliativo. Essas atividades permitiram a definição dos atores a serem entrevistados na etapa qualitativa de coleta de dados.

As razões que justificam a não inclusão dos demais *stakeholders* nesta avaliação encontram-se no Apêndice 3.

3.3. Coletando dados qualitativos de resultado

A **1ª Fase do Trabalho de Campo – Etapa Qualitativa**¹⁹ consistiu em entrevistas e grupos focais²⁰.

O objetivo desta etapa é fazer um levantamento das mudanças vivenciadas pelos *stakeholders* considerados na análise. Constituiu-se, portanto, em uma etapa exploratória para verificar de que maneira esses grupos foram afetados pelo Projeto. O relatório desta etapa de coleta de dados é apresentado no Apêndice 6.

Entrevistas

Entrevistas foram priorizadas como método de investigação com diferentes atores responsáveis pelas ações de planejamento, coordenação, implantação, execução, formação e acompanhamento no âmbito do Projeto PIR.

As atividades preparatórias ao processo avaliativo permitiram a definição dos atores entrevistados nesta fase, quais sejam:

- Secretário de Saúde do Amazonas e também Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança do Departamento de Atenção Básica e Ações Estratégicas (DABE – SUSAM);
- Secretária executiva adjunta de Atenção Especializada do Interior (SEAAEI – SUSAM);
- Coordenador da Atenção Básica e a Coordenadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade de Atenção Básica (PMAQ);
- 2 supervisores de Iranduba;
- Gerente Geral do Programa de Saúde e Educação, da Fundação Amazonas Sustentável (FAS);
- Coordenadora do PIR, da Fundação Amazonas Sustentável (FAS);
- Ex-coordenador do Programa de Saúde e Educação, da Fundação Amazonas Sustentável (FAS) e
- 3 consultoras técnicas do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), desenvolvido no Rio Grande do Sul.

¹⁹ Fotos desta etapa são apresentadas no Apêndice 1.

²⁰ As entrevistas e grupos focais foram conduzidos a partir de um roteiro exploratório e não-diretivo, apresentado no Apêndice 4.

As informações coletadas nas entrevistas confirmaram a lista de *stakeholders* materialmente impactados pelo Projeto PIR, permitindo a definição dos grupos focais para esta avaliação.

Grupos focais

A metodologia de grupo focal foi adotada por seus benefícios em termos de interação e liberdade dada aos participantes de se expressar. Foram ouvidos nesta etapa:

- Grávidas e cuidadoras de crianças entre 0 e 6 anos, em 2 grupos focais;
- Agentes Comunitários de Saúde, em 1 grupo focal.

As crianças de 0 a 6 anos foram envolvidas indiretamente, através dos relatos dos cuidadores e ACSs consultados.

Foram convidados para os grupos focais ACSs, cuidadoras e gestantes envolvidos com o Projeto PIR. Este critério foi definido com a intenção de ouvir os participantes com conhecimento prévio e suficiente para relatar suas impressões e mudanças vivenciadas por meio do Projeto. Como se tratava de uma etapa exploratória para esgotar tudo o que poderia ser considerado como impacto do Projeto, não faria sentido convocar indivíduos que desconhecem o PIR.

O grupo focal com ACSs, assim como o primeiro grupo focal com mães, cuidadoras e gestantes, foi realizado na comunidade de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. O segundo grupo focal com mães, cuidadoras e gestantes foi realizado na comunidade de Saracá. Essas comunidades foram selecionadas para a realização dos grupos focais com as famílias devido ao seu elevado envolvimento com o Projeto PIR.

3.4. Buscando evidências para a avaliação SROI

Ainda que o objetivo principal da etapa qualitativa de coleta de dados seja compreender o que mudou na vida das pessoas por meio do PIR, esta fase também permite checar com os *stakeholders* os seguintes pontos:

- A existência de outros grupos ou subgrupos de *stakeholders* não identificados previamente, mas importantes para o projeto ou programa em avaliação;
- A lista de mudanças materiais a ser considerada na avaliação;
- A existência de resultados negativos e/ou inesperados que tenham ocorrido por meio do projeto ou programa em análise;
- A influência de resultados no movimento de outros resultados (deslocamento);
- As mudanças que teriam acontecido mesmo sem o projeto (contrafactual), e;
- As mudanças relatadas pelos *stakeholders* que são resultado da atuação de outros atores sociais (atribuição).

Na avaliação do Projeto PIR, os relatos dos diferentes *stakeholders* consultados na fase qualitativa de coleta de dados corrobora para a validação da lista dos *stakeholders* materialmente impactados pelo Projeto, assim como as mudanças materiais a serem mensuradas na presente avaliação. Na verdade, a repetição das informações coletadas entre os grupos focais e entrevistas que compõem esta etapa assegura que a avaliação *SROI* não excluiu mudanças materiais ou outros *stakeholders* que a tenham experimentado.

É possível que, além das pessoas diretamente responsáveis pelo cuidado com a criança (nomeados nesta avaliação de “cuidadores”), outros familiares também tenham sido impactados pelo Projeto PIR. Esta avaliação não mediu o impacto nos outros familiares não diretamente responsáveis pelos cuidados da criança entre 0 e 6 anos de idade.

No processo avaliativo e, mais precisamente, nas etapas de trabalho de campo, notou-se que os professores são fonte de informação sobre as possíveis mudanças ocorridas nas crianças, sobretudo em relação ao seu desenvolvimento cognitivo. Assim, ainda que informalmente, os professores relataram que as crianças beneficiadas pelo Projeto PIR são mais preparadas para o ingresso escolar. Esta avaliação, porém, não incluiu os professores como fonte de verificação das mudanças ocorridas nas crianças do Projeto.

No que tange a identificação de resultados negativos, observa-se que o Projeto não gerou nenhum impacto negativo, seja direta ou indiretamente.

As considerações sobre deslocamento, contrafactual e atribuição são apresentadas no Capítulo 7.

Capítulo 4 – Como o Projeto PIR gera mudanças?

Neste capítulo é apresentado o modo como o Projeto PIR cria condições para que ocorram mudanças na vida de crianças, cuidadores, grávidas e ACSs, e hipóteses são estabelecidas para explicar de que maneira essas mudanças ocorrem.

Como parte da avaliação *SROI*, **foi realizada junto aos *stakeholders* a verificação se de fato essas mudanças ocorreram, isto é, em que extensão o Projeto efetivamente modificou a vida das populações das comunidades.**

4.1. O que é a Teoria de Mudança?

Promover uma mudança real e sustentável em uma comunidade é um grande desafio, pois ocorre num contexto multifacetado (esfera política, econômica e social) e envolve diversos atores.

Para garantir que um projeto e suas atividades alcancem o resultado esperado, é necessário ter um objetivo específico e estabelecer com clareza qual é o resultado desejado no longo prazo.

Em resumo, a Teoria de Mudança é um mapa, isto é, uma representação da forma como a realidade pode ser mudada e inclui as etapas (pré-condições) que devem ser atingidas no curto e médio prazos para se alcançar o objetivo final de longo prazo. Neste sentido, cada passo ou pré-condição é um objetivo em si.

É importante lembrar que ao longo do processo de mudança existem fatores externos atuando de modo paralelo e independente e que podem influenciar os resultados do projeto. Estes fatores podem ser “facilitadores”, ou seja, auxiliam a obtenção da mudança ou “dificultadores ou impeditivos”, os quais atrapalham o processo. Tais elementos são listados no Apêndice 5.

Na maioria dos projetos sociais, a mudança não ocorre de modo linear. Isso significa que os resultados de curto e médio prazos não deixam de existir ao longo do tempo, mas continuam a se auto alimentar e reforçar o objetivo de longo prazo.

O diagrama abaixo foi desenvolvido pela NEF Consulting²¹ e representa a Teoria de Mudança para a avaliação *SROI* (traduzido do original em inglês):

²¹ NEF ([New Economics Foundation](http://www.nef-consulting.co.uk/)) Consulting. Mais informações no site da consultoria: <http://www.nef-consulting.co.uk/>.

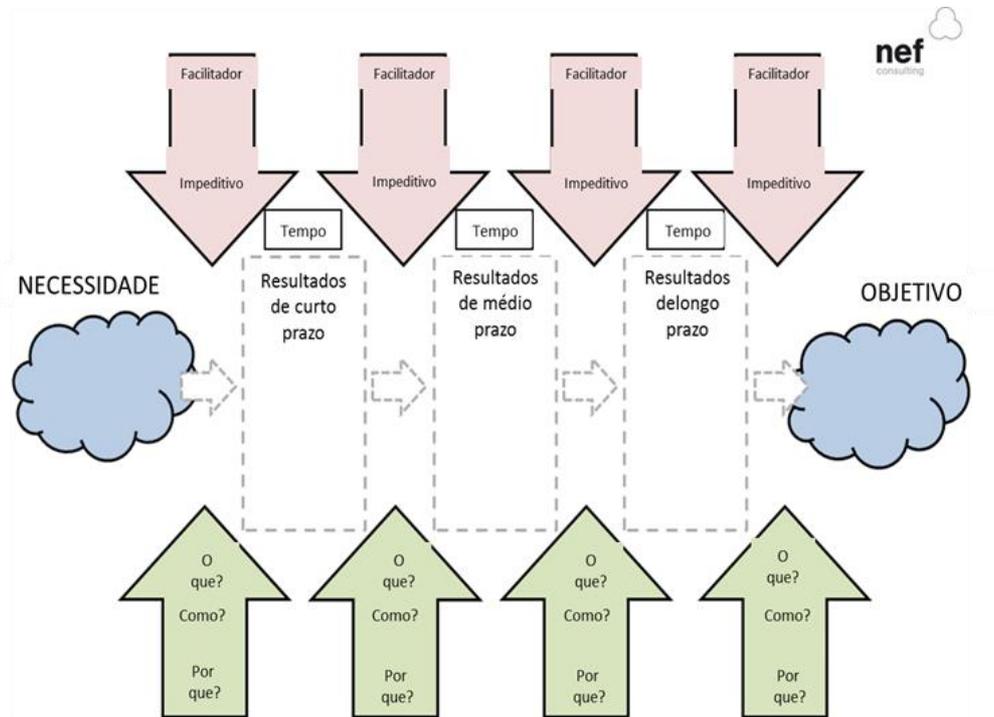


Figura 3: Teoria de Mudança

4.2. Exercício para construção da Teoria da Mudança

A Teoria de Mudança foi construída para facilitar o entendimento do PIR e levantar as hipóteses de mudança a serem validadas ou não junto aos *stakeholders*.

A partir da elaboração da Teoria de Mudança do PIR foram criadas hipóteses quanto à “**o que**” muda na vida das crianças, cuidadores, grávidas e ACSs por meio do Projeto, e chega-se a um modelo teórico que inclui “**como**” e “**por que**” se dá esse processo.

Neste sentido, são estabelecidas as ligações de **causa** e **efeito** entre cada **iniciativa** e seus respectivos **resultados** para compreender porque cada pré-condição é necessária para se atingir o resultado seguinte e de que maneira isso acontece.

A visão de longo prazo de um projeto simboliza uma condição “ideal” que não poderá ser conquistada apenas pelo projeto, pois depende de condições externas que vão além do seu escopo.

Assim, a visão de longo prazo com a qual o Projeto PIR busca contribuir é “**Toda criança ribeirinha tem um desenvolvimento pleno do seu potencial**” e, para tanto, seu resultado de longo prazo/ objetivo final é “**As crianças ribeirinhas das comunidades beneficiadas pelo projeto têm desenvolvimento integral na primeira infância**”. As pré-condições definidas como necessárias para atingir esse resultado, bem como a justificativa do porquê se acredita que elas são necessárias, são as seguintes:

Pré-condição 1: Agentes Comunitários de Saúde capacitados e engajados no desenvolvimento infantil

ACSs com conhecimentos em desenvolvimento infantil melhoram suas práticas no trabalho com as famílias. Sabem identificar o nível de desenvolvimento esperado por faixa etária, bem como as brincadeiras e estímulos apropriados a cada uma.

Na prática isso significa que eles reconhecem a importância de sua atuação para o desenvolvimento adequado da criança, de modo que agem de acordo com essa visão no dia-a-dia das visitas domiciliares.

Os conhecimentos em desenvolvimento e saúde infantil geram um fluxo de resultados positivos para os ACSs: por transmitirem as informações com maior confiança, os ACSs passam a ser mais valorizados pela comunidade e isso faz com que se empenhem mais no seu trabalho.

Pré-condição 2: Famílias conscientes e engajadas no desenvolvimento integral das crianças de 0 – 6 anos

Uma família engajada e consciente da importância de sua participação no desenvolvimento integral dos filhos é parceira do trabalho dos ACSs ao estimular a criança no ambiente doméstico por meio de leituras, conversas e músicas.

Essa parceria sedimenta as condições para a melhora na saúde e no desenvolvimento motor e cognitivo das crianças. Famílias atentas à criança são capazes de apontar problemas e estimular talentos e habilidades.

O maior convívio e atenção dos familiares com os filhos permitem que a criança se sinta mais valorizada, o que melhora seu desenvolvimento e saúde.

Pré-condição 3: Comunidades mobilizadas para o desenvolvimento integral das crianças de 0 – 6 anos

A mobilização comunitária pela primeira infância é de grande importância para o engajamento dos cuidadores e familiares na promoção do desenvolvimento saudável das crianças. O desenvolvimento adequado das crianças, por sua vez, é benéfico para o futuro da comunidade.

Comunidades reconhecem as necessidades para o desenvolvimento das crianças e repassam as demandas locais para autoridades responsáveis.

Pré-condição 4: Secretarias municipais e estaduais sensibilizadas e integradas para o desenvolvimento integral das crianças de 0 – 6 anos

O alinhamento e a articulação entre Secretarias (Saúde, Educação e Assistência Social) estadual e municipais corroboram para o olhar completo, não fragmentado, do desenvolvimento da criança, de modo a trabalhar conjunta e complementarmente para responderem às demandas das famílias em desenvolvimento e saúde infantil.

4.3. Teoria de Mudança do Projeto PIR

O exercício exposto no item 4.2 sintetiza as mudanças desejadas do Projeto PIR. A partir desse exercício, e com base nas mudanças identificadas na etapa qualitativa desta avaliação, o seguinte diagrama foi construído:

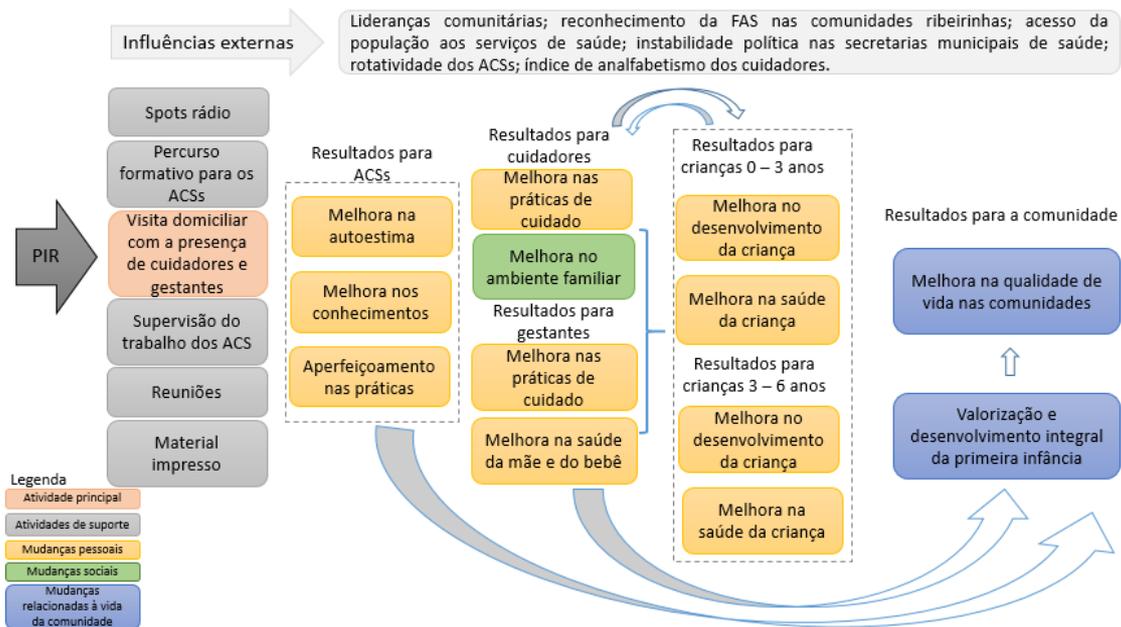


Figura 4: Teoria de Mudança do Projeto PIR

A Teoria de Mudança do Projeto PIR retrata as principais mudanças geradas para os *stakeholders* mais impactados pelo Projeto: Agentes Comunitários de Saúde, cuidadores, gestantes e crianças de 0 a 6 anos.

O diagrama acima apresenta um resumo das mudanças que ocorreram como resultado das diversas atividades realizadas ao longo do Projeto, isto é, são as mudanças que o Projeto PIR **efetivamente foi capaz de gerar na realidade das comunidades, inclusive aquelas não esperadas ou não previstas.**

As mudanças aqui registradas são as mais relevantes do Projeto pelo fato de terem sido relatadas espontaneamente pelos próprios *stakeholders* durante os grupos focais e entrevistas. Sendo assim, estas são as **mudanças materiais** que buscamos medir na etapa seguinte do processo de avaliação *SROI*.

Interessante notar que o impacto do Projeto sobre um determinado grupo (Crianças) gerou ou afetou a mudança de outro grupo (Cuidadores) e vice-versa. Por exemplo, a melhora no vínculo com a criança reforça a melhora no ambiente doméstico e os cuidados que os cuidadores têm com os filhos. Tal dinâmica cria um ciclo virtuoso que corrobora para o impacto do PIR no longo prazo, por meio de um mecanismo de retroalimentação.

As mudanças específicas vivenciadas por cada grupo de interesse e a dinâmica necessária para que estas ocorressem ao longo do tempo estão detalhadas ao longo deste capítulo.

4.4. Como o Projeto PIR cria mudança

O Projeto PIR foi elaborado para atender às necessidades das comunidades ribeirinhas a partir dos recursos locais disponíveis. Nesse sentido, sua estrutura se apoia na capacitação do ACS, profissional que trabalha com as famílias das comunidades e atua diretamente na atenção às crianças através das visitas domiciliares.

É através da capacitação que transformamos o ACS em um agente de mudança promotor do desenvolvimento e da saúde das crianças.

Diferentes estudos apontam para a necessidade de participação das famílias no processo de desenvolvimento infantil, como o realizado pelo Escritório Regional de Educação da UNESCO para América Latina e Caribe (2004):

Os primeiros educadores dos meninos e das meninas são as mães e os pais. O espaço de aprendizagem por excelência é o lar, o bairro, a comunidade, a cidade. A pré-escola, a escola e o colégio vêm para continuar e fortalecer, com seu conhecimento especializado, o que a família iniciou e continua realizando. Na instituição escolar, os educadores deverão potencializar e enriquecer o que os meninos e as meninas já aprenderam²².

No mesmo sentido, o PIR, ao qualificar o papel dos cuidadores na atenção dada às crianças, busca conscientizar os cuidadores quanto à sua importância para o desenvolvimento integral da criança.

Evidências demonstram o potencial de um ambiente doméstico estimulante, que ofereça apoio emocional e oportunidades de aprendizado, socialização e exploração, para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças (BRADLEY et al., 1988; CARLSON et al., 2001). Assim, a maior atenção à criança e a participação no seu desenvolvimento atuam como catalizadoras do desenvolvimento infantil.

²² Los primeros educadores de los niños y niñas son las madres y los padres. El espacio de aprendizaje por excelencia es el hogar, el barrio, la comuna, la ciudad. El Jardín Infantil, la Escuela y el Colegio vienen a continuar y a fortalecer con su conocimiento especializado lo que la familia ha iniciado y continúa realizando. En la institución escolar, los niños y las niñas están prestados para que los docentes preferentemente potencien y enriquezcan lo que ya han aprendido. Tradução livre.

4.5. Entendendo a mudança para cada stakeholder ao longo do tempo

O objetivo principal desta avaliação é identificar a transformação que possa ter ocorrido na vida das crianças de 0 a 6 anos das comunidades beneficiárias do Projeto.

A premissa fundamental do PIR é que crianças de 0 a 6 anos com um desenvolvimento integral nessa fase poderão ter o desenvolvimento pleno do seu potencial.

Conhecer o impacto do Projeto PIR junto ao seu principal público de interesse – crianças de 0 a 6 anos – foi possível através de seus familiares e ACSs, isto é, por meio do relato das mudanças percebidas por familiares e ACSs nas crianças expostas às novas práticas de atendimento domiciliar estabelecidas pelo Projeto. Essa dupla abordagem permite captar, por um lado, as mudanças percebidas pelos agentes responsáveis pelo acompanhamento da saúde e do desenvolvimento das crianças e, por outro, pelos seus familiares, implicados diretamente nessa dinâmica e elemento essencial para sua potencialização.

A elaboração dos esquemas apresentados abaixo baseou-se nos relatos dos stakeholders envolvidos na etapa qualitativa de coleta de dados.

CRIANÇAS

Para as crianças de 0 a 3 anos, as mudanças descritas pelos cuidadores e ACSs referem-se a aspectos ligados à saúde e ao desenvolvimento infantil.

O diagrama abaixo resume o processo de mudança nas **crianças de 0 a 3 anos**:

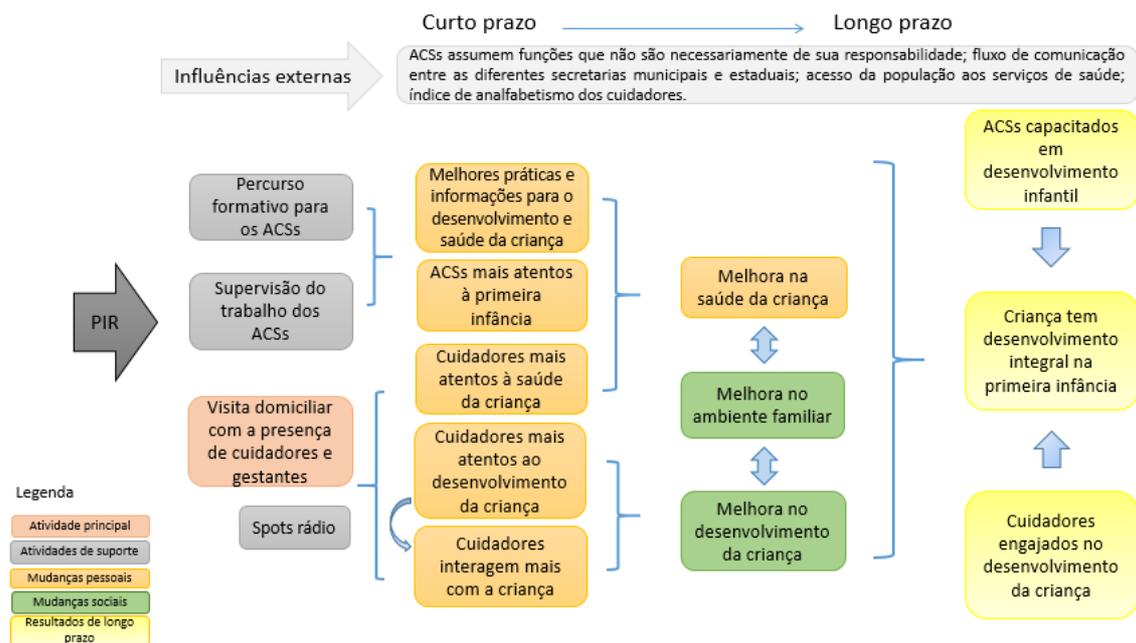


Figura 5: Teoria de Mudança - Crianças 0-3

Podemos classificar as principais mudanças observadas nas crianças de 0 a 3 anos em duas áreas:

a) Melhora no desenvolvimento da criança

As atividades do Projeto PIR para as crianças de 0 a 3 anos agiram no sentido de reforçar as relações entre elas e os cuidadores, pois entende-se que o fortalecimento do vínculo familiar contribui para o desenvolvimento nos primeiros anos de vida.

“É um Projeto para a gente ficar mais com os nossos filhos. Ele incentiva a gente a se aproximar dos nossos filhos.” – Mãe

As atividades que reforçam o contato com a criança passam a fazer parte do cotidiano doméstico, e têm como consequência a melhora do desenvolvimento infantil:

“Eu incentivo a fala e ela aprende. Conto histórias sobre animais para ela e tenho vários livros em casa. Também canto músicas.” – Mãe

Da mesma forma, as ações do PIR incentivaram o aleitamento materno que, além de melhorar a saúde das crianças, é fonte de interação entre mãe e filho para a construção de vínculo.

b) Melhora na saúde da criança

Os cuidadores observaram uma melhora nos cuidados de higiene da criança. O cuidado bucal, principalmente das crianças pequenas, passou a ser uma preocupação.

Observa-se uma maior conscientização das famílias quanto às atividades assumidas pelas crianças no ambiente doméstico, onde a melhora na saúde está também relacionada à diminuição do envolvimento da criança em atividades domésticas de risco.

Além disso, os relatos dos cuidadores e dos ACSs apontam para o aumento das consultas neonatais, indicando um melhor acompanhamento da saúde da criança.

É interessante notar que a melhora no desenvolvimento das crianças a partir do fortalecimento do vínculo familiar modifica o cenário doméstico. Ao cuidar mais dos seus filhos, compartilhando de atividades prazerosas, o ambiente doméstico é também impactado. O ambiente doméstico melhorado, por sua vez, atua como facilitador dos cuidados à saúde das crianças.

Para as crianças de 3 a 6 anos, as mudanças descritas pelos familiares e ACSs também se referem à melhora na saúde e no desenvolvimento da criança.

O diagrama abaixo resume o processo de mudança nas **crianças de 3 a 6 anos**:

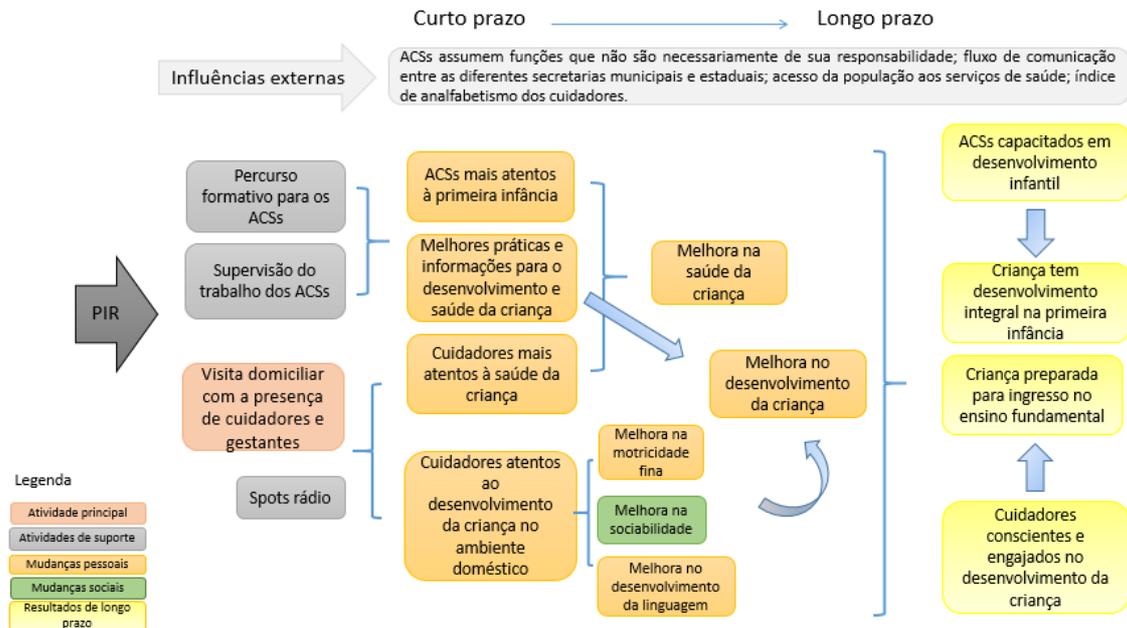


Figura 6: Teoria de Mudança - Crianças 3-6

As mudanças observadas nas crianças de 3 a 6 anos foram classificadas em:

a) Melhora no desenvolvimento da criança

Familiares e ACSs referiram-se a uma melhora na habilidade das crianças ao desenhar, pintar e recortar. O desenvolvimento motor das crianças é também percebido na capacidade de se vestir que adquiriram.

As atividades relacionadas à localização de objetos, estimuladas pelos cuidadores a partir das orientações dos ACSs, demonstraram ser benéficas no sentido de melhorar a capacidade da criança de localizar os diferentes objetos e espaços da casa. As crianças passam assim a se apropriar dos espaços da casa com mais desenvoltura, sendo mais autônomas, e a ajudar os cuidadores na organização doméstica.

Além disso, os cuidadores relataram que as crianças ampliaram o seu vocabulário, tendo maior conhecimento, por exemplo, dos nomes de diferentes cores e animais.

Observa-se, ainda, uma melhora na sociabilidade das crianças, que passam a brincar mais com diferentes membros da família e da comunidade.

b) Melhora na saúde da criança

Assim como para as crianças de 0 a 3 anos, os familiares e ACSs identificaram melhora na saúde para as crianças de 3 a 6 anos. Por serem crianças maiores e mais independentes, os cuidadores observaram que os filhos passam a

realizar as atividades de higiene sozinhos, preocupando-se, por exemplo, com os banhos.

“Minha filha ficou mais obediente e agora escova dente, toma banho sem eu precisar mandar.” – Mãe

CUIDADORES

O diagrama abaixo resume o processo de mudança nos **cuidadores**:

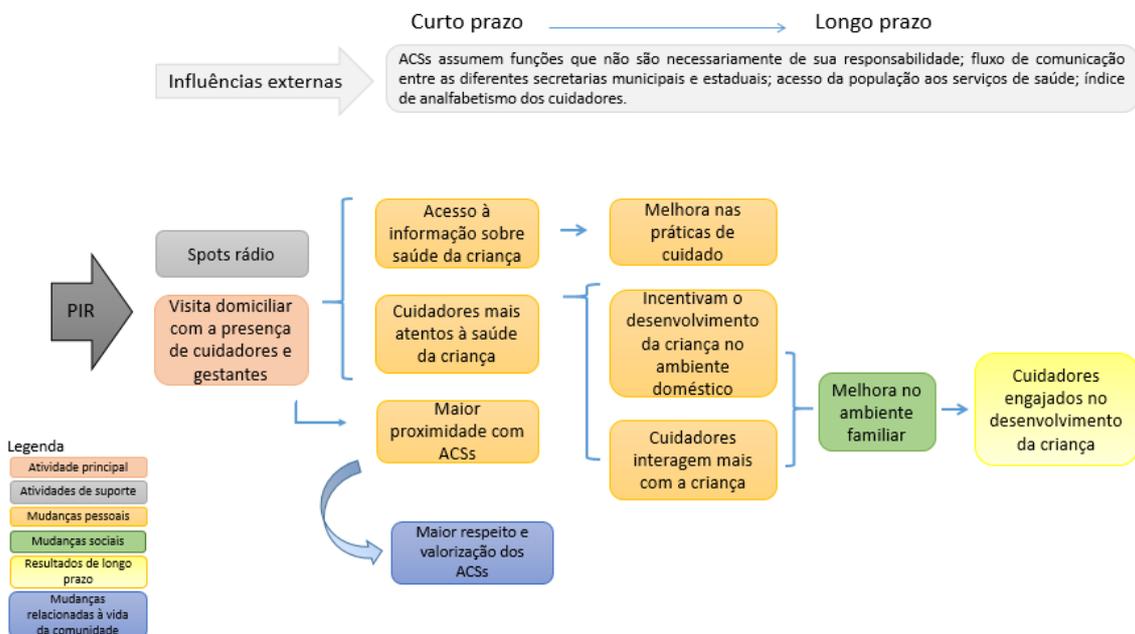


Figura 7: Teoria de Mudança - Cuidadores

Assim, as mudanças ocorridas para os cuidadores são:

a) Melhora nas práticas de cuidado

Ao receberem as visitas domiciliares, os cuidadores adquirem conhecimentos sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil e sobre como estimular o desenvolvimento da criança através de atividades como jogos e leituras.

“Com meus outros filhos, eu não sabia brincar, não.” – Mãe

Passam também a ter melhores informações sobre a saúde das crianças, incentivando a prática da higiene e a alimentação saudável. Esses conhecimentos transmitidos pelos ACSs agem no sentido de melhorar as práticas de cuidado com os filhos no ambiente doméstico.

O grupo de cuidadores envolvidos na coleta de dados qualitativos expressou muitas mudanças em relação à melhora de suas práticas de cuidado, ainda que os relatos de duas mães envolvidas nesta etapa apresentem a possibilidade de

certa relutância às informações transmitidas pelos ACSs por parte das famílias – sobretudo naquilo que tange as práticas alimentares das crianças²³. Deve-se considerar, portanto, que a mudança de hábitos e práticas culturais necessária para o estabelecimento de alguns dos impactos desejados do Projeto PIR pode demandar um período de tempo maior que o curto e médio prazo para se concretizar.

b) Melhora no ambiente familiar

Os cuidadores passam a entender o seu papel para o desenvolvimento integral da criança e mudam o seu comportamento por meio do estímulo que recebem dos ACSs durante as visitas.

“O Projeto incentivou mais [a contar histórias], antes não era um hábito. O incentivo que o ACS nos dá nos motiva para realizar essas atividades.” – Mãe

Ao participarem mais ativamente de atividades para o desenvolvimento e dos cuidados de saúde da criança, as relações entre cuidadores e filhos são fortalecidas, impactando positivamente no ambiente doméstico.

Alguns cuidadores relataram que a maior interação verbal com as crianças resultou em redução da violência doméstica, pois na medida em que passaram a dar mais orientações faladas, menos era necessário bater nas crianças. Este é um resultado positivo e não intencional do Projeto.

GESTANTES

O diagrama abaixo resume o processo de mudança nas **gestantes**:

²³ Uma mãe indicou problemas em aceitar a orientação do ACS de não dar o mingau na mamadeira para o seu filho; outra mãe apontou o fato de o ACS questionar a alimentação e o peso de sua filha como problemático.

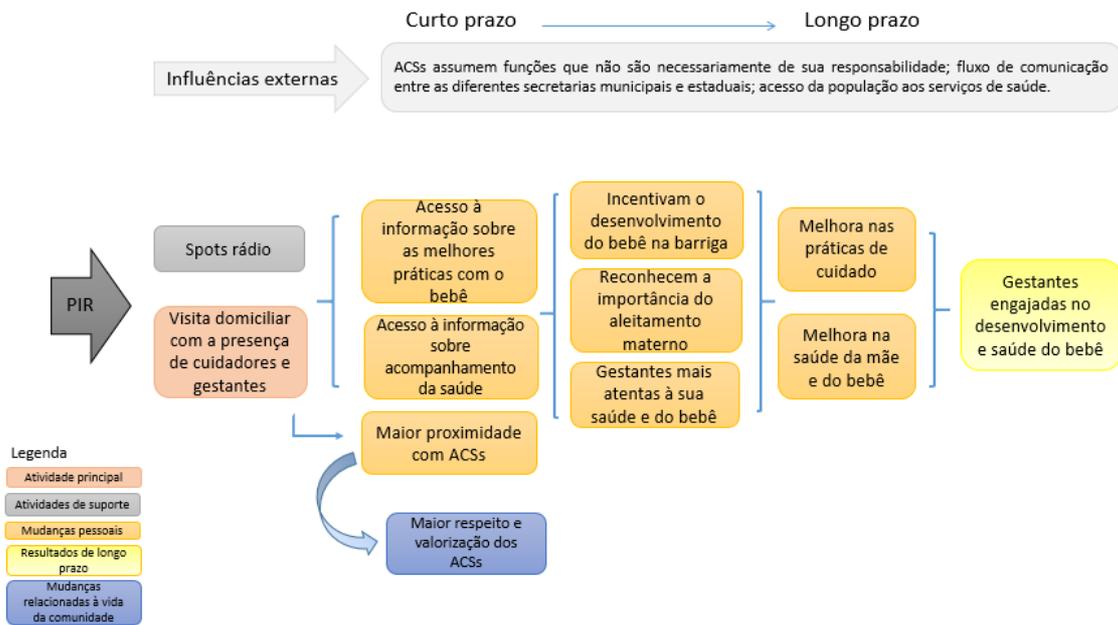


Figura 8: Teoria de Mudança - Gestantes

As mudanças identificadas para as gestantes podem ser divididas em duas áreas:

a) Melhora nas práticas de cuidado

As gestantes recebem a visita dos ACSs e passam a se preocupar com o desenvolvimento do bebê já durante a gestação. Assim como os cuidadores, as gestantes recebem informações dos ACSs sobre como estimular o desenvolvimento infantil e passam a integrar novas atividades no seu cotidiano.

“Minha nora foi orientada a conversar com a barriga durante a gestação. Meu filho e ela notaram o efeito de reconhecimento depois do nascimento.” – Líder comunitária e avó de criança do Projeto PIR

b) Melhora na saúde da mãe e do bebê

Da mesma forma, as gestantes recebem informações sobre a importância da saúde da mãe e do bebê durante o período gestacional. Pelas ações do Projeto PIR, elas são orientadas sobre o aleitamento exclusivo de 0 a 6 meses e sobre a importância de realizar o pré-natal. Assim, gestantes acompanham sua gravidez e os primeiros meses de vida da criança por meio de consultas médicas mais regulares.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O diagrama abaixo resume o processo de mudança nos **Agentes Comunitários de Saúde**:

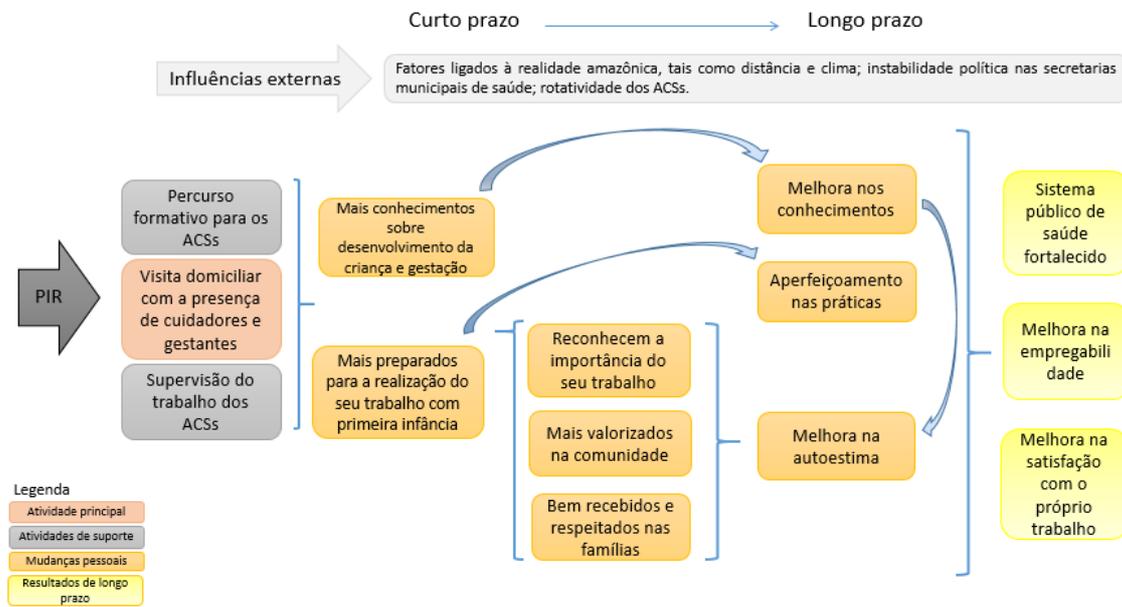


Figura 9: Teoria de Mudança - ACSs

Podemos listar as mudanças ocorridas para os ACSs em três áreas:

a) Melhora nos conhecimentos

ACSs adquirem conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e gestação no percurso formativo.

“O PIR foi fundamental para o meu aprendizado.” – ACS

“Antes eu achava que aquele leite amarelo não prestava, hoje sei que o colostro é a melhor coisa” - ACS

Assim, conseguem identificar mais facilmente eventuais problemas no desenvolvimento da criança e, a partir do acompanhamento efetivo do seu trabalho pelo supervisor responsável, sabem como encaminhar tais casos.

Ao alternar formação e supervisão das visitas domiciliares, ACSs podem tirar suas dúvidas, reforçando seus conhecimentos.

“Marcou muito na nossa vida. A gente não tinha conteúdo para chegar na comunidade.” – ACS

b) Aperfeiçoamento nas práticas

Por meio das capacitações do Projeto PIR, os ACSs têm melhores informações sobre alimentação e saúde da criança e sabem desenvolver atividades com as crianças de acordo com sua faixa etária. O Guia de Visita oferecido pelo PIR auxilia o trabalho dos ACSs, estruturando as visitas domiciliares para além do acompanhamento básico da criança.

“Passo o que aprendi no PIR com segurança.” – ACS

“Às vezes, a mãe perguntava alguma coisa e eu nem sabia como explicar.” –

ACS

“Antes, o que a gente fazia era ver o peso, a altura...” – ACS

c) Melhora na autoestima

Ao passar informações sobre desenvolvimento e saúde infantil com mais segurança, os ACSs têm seu papel fortalecido nas comunidades. Através do olhar da comunidade, passam a reconhecer a importância do seu trabalho, valorizando-se mais.

“Antes eu era apenas um morador da comunidade, hoje sou um profissional. Sou amigo, mas quando chego em uma comunidade, eu sou um profissional.”

– ACS

“Antes as crianças tinham medo de nós, hoje quando a gente chega, a criança já desce correndo com um sorriso nos lábios. Isso é gratificante.” – ACS

No estudo realizado em parceria entre o NIACE (*National Institute of Adult Continuing Education*) e o SROI Network, Fujiwara (2012) apresenta que participar de um curso pode melhorar o bem-estar do indivíduo por meio de 4 dimensões: saúde, empregabilidade, relações sociais e voluntariado. As evidências deste estudo demonstram, por exemplo, que participar de um curso pode melhorar a autoestima e a saúde mental, que impactam, por sua vez, o bem-estar do indivíduo.

É interessante notar que esta dinâmica está presente no conjunto das mudanças identificadas para os ACSs, onde a melhora no conhecimento atua como catalizadora da melhora na autoestima dos ACSs.

4.6. Testando a Teoria de Mudança para a avaliação SROI

Para os objetivos desta avaliação SROI, é **preciso medir a mudança num período definido de tempo**. Podemos associar as mudanças ocorridas no curto prazo como resultado do Projeto PIR, mas não podemos afirmar o mesmo no longo prazo. Isto é, não podemos garantir que mudanças percebidas após um longo período de tempo estejam diretamente relacionadas com as intervenções realizadas pelo Projeto. Assim, o impacto que pode ser associado ao PIR diminui ao longo do tempo.

Ao selecionar os resultados a serem medidos, é importante incluir apenas os resultados que reflitam mudanças significativas e que tenham ocorrido após um período de tempo. Assim, nesta avaliação mediremos apenas as mudanças de curto e médio prazos que ocorreram para cada grupo de *stakeholders*, pois estes são os impactos que temos certo grau de confiança para medir e associar ao Projeto PIR.

A etapa qualitativa de coleta de dados define os resultados a serem medidos na avaliação *SROI*. É importante certificar-se que a amostra de *stakeholders* envolvidos nesta etapa representa o universo da população. No caso do Projeto PIR, a saturação das informações coletadas nas entrevistas e grupos focais garante que as principais mudanças ocorridas por meio do Projeto (mudanças materiais) foram capturadas (Glaser; Strauss, 1967).

Assim, através do engajamento dos *stakeholders*, os resultados mensurados nesta avaliação puderam ser resumidos assim:

Tabela 1: Resumo dos Resultados medidos na avaliação *SROI*

Stakeholder	Resultado a ser mensurado pelo SROI
Agentes Comunitários de Saúde	Melhora nos conhecimentos
	Aperfeiçoamento nas práticas
	Melhora na autoestima
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado
	Melhora no ambiente familiar
Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado
	Melhora na saúde da mãe e do bebê
Crianças de 0 – 3 anos	Melhora no desenvolvimento da criança
	Melhora na saúde da criança
Crianças de 3 – 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança
	Melhora na saúde da criança

Tabela 1: Resultados por Stakeholder

Capítulo 5 – Evidenciando resultados

5.1. Desenvolvendo indicadores de resultado

Para cada um dos resultados a serem mensurados, definiu-se um ou mais indicadores. Estes indicadores foram construídos a partir dos relatos dos *stakeholders* e buscou-se manter o mesmo vocabulário dos relatos.

Alguns exemplos de como essa escolha se deu:

Relato dos ACSs: *“Hoje a gente chega na casa e eles logo desligam o som e a TV. Antes eles aumentavam o volume para irmos embora logo.”*

Indicador para ACSs: O jeito que você é recebido pelas famílias que visita mudou?

Relato dos Cuidadores: *“Eu passei a dar menos miojo e mais frutas.”*

Indicador para Cuidadores: Os tipos de comida que você dá para a criança mudou?

A tabela a seguir apresenta os indicadores usados para cada resultado:

Stakeholder	Mudança/ Resultado	Indicador que descreve a mudança/resultado		
Agentes Comunitários de Saúde	Melhora nos conhecimentos	O seu conhecimento sobre desenvolvimento da criança		
		O seu conhecimento sobre a gestação e a formação do bebê antes do nascimento		
		O seu conhecimento sobre a importância da família no desenvolvimento das crianças		
	Melhora na autoestima	O quanto você se sente preparado(a) para realizar o seu trabalho em relação às crianças		
		A valorização do seu papel na comunidade		
		O jeito que você é recebido pelas famílias que visita		
	Aperfeiçoamento nas práticas	A quantidade de informações sobre alimentação e higiene que você leva para as famílias, nas visitas		
		A quantidade de informações sobre a importância da conversa com a criança que você leva para as famílias, nas visitas		
		A quantidade de informações sobre a importância de brincar que você leva para as famílias, nas visitas		
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado	O preenchimento da caderneta de saúde da criança		
		Os tipos de comida que você dá para a criança		
		A quantidade de vezes que você conversa com seu (sua) filho(a)		
		A quantidade de vezes que você conta histórias ou canta para o(a) seu (sua) filho(a)		
		A quantidade de vezes que você brinca com o(a) seu (sua) filho(a)		
		O contato da criança com livros		
	Melhora no ambiente familiar	Seu cuidado com a saúde da criança		
		A quantidade de vezes que você briga ou bate no(a) seu (sua) filho(a)		
		A quantidade de vezes que o pai (se houver) conversa ou brinca com a criança		
		A quantidade de pessoas (irmãos, vizinhos, avós) que conversam ou brincam com a criança		
		Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado	A quantidade de interação com o bebê durante a gravidez
				A quantidade de meses que você pretende amamentar no peito
Melhora na saúde da mãe e do bebê	A quantidade de exames pré-natal que você fez ou vai fazer			
	Crianças de 0 a 3 anos		Melhora no desenvolvimento da criança	A quantidade de conversas e músicas que você canta com o bebê
O quanto você acaricia, pega o bebê				
O período (meses) que vai dar de mamar no peito				
Melhora na saúde da criança		A quantidade de consultas neonatal que você fez ou vai fazer		
		A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico		
		Os cuidados de higiene que você tem com o bebê		
Crianças de 3 a 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	A quantidade de músicas cantadas e de conversas entre os pais e a criança		
		O relacionamento da criança com outras crianças		
		A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares		
		A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar		
	Melhora na saúde da criança	A quantidade de doenças da criança		
		A quantidade de acidentes envolvendo a criança no ambiente doméstico		
		Os cuidados de higiene que você tem com a criança		

Tabela 2: Indicadores

Esses indicadores foram expressos em perguntas fechadas em um questionário²⁴ (Apêndice 7).

5.2. Coletando dados quantitativos de resultado

Para **medir a mudança efetivamente vivenciada** pelos *stakeholders* em **comparação com o que estava previsto na Teoria de Mudança**, aplicamos um questionário para cada um dos grupos:

a) Cuidadores de crianças de 0 a 6 anos: respondendo sobre eles e sobre seus filhos de 0 a 6 anos;

b) Gestantes: respondendo sobre sua própria percepção do Projeto PIR;

c) Agentes Comunitários de Saúde: respondendo sobre eles, sobre duas crianças de 0 a 3 anos e duas crianças de 3 a 6 anos selecionadas aleatoriamente.

Os **questionários apresentam os indicadores das mudanças**, ou seja, as perguntas e escalas através das quais é possível **medir de forma concreta e quantificável o quanto a realidade** – dos ACSs, familiares, gestantes e crianças de 0 a 6 anos – **mudou** com a intervenção do PIR nas comunidades ribeirinhas.

Justificativa dos critérios adotados para coleta de dados e informantes:

- **Quem informa sobre o impacto sofrido pelas crianças de 0 a 6 anos?**

Diante dos enormes desafios de se entrevistar diretamente crianças de 0 a 6 anos, a coleta de dados para medir este impacto foi realizada entre os familiares e os ACSs.

Os familiares responderam sobre as mudanças percebidas em seus filhos.

Diante da inviabilidade de responderem sobre **todas** as crianças nessa faixa etária que atendem nas visitas domiciliares, foi definido que cada ACS responderia sobre duas crianças de 0 a 3 anos e duas crianças de 3 a 6 anos que visitaram em seu último dia de trabalho, garantindo assim a seleção aleatória. No caso de o ACS ter visitado mais de duas crianças por faixa etária neste dia, o critério definido foi responder pelas mais novas.

Universo e Amostra

Para coletar os dados quantitativos, uma equipe de seis pesquisadores visitou todas as comunidades envolvidas no PIR. A meta era entrevistar o maior número possível de ACSs, gestantes e cuidadores. A tabela abaixo apresenta os

²⁴ Nesta avaliação, o instrumento de coleta de dados quantitativos foi elaborado na forma de “questionário”. Porém, para adequar-se à realidade do campo, sua aplicação se deu na forma de “formulário”. Neste relatório, será utilizada a palavra “questionário”.

stakeholders que foram entrevistados e o percentual que eles representam do total de atores sociais:

<i>Stakeholder</i>	Universo	Amostra	Proporção da Amostra
Agentes Comunitários de Saúde	16	9	56%
Cuidadores	180	71	39%
Gestantes	40	7 ²⁵	18%

Tabela 3: Amostra

Alavancagem (*Scaling up*)

Para o grupo de ACSs, ainda que a amostra represente 56% do universo que foi capacitado pelo Projeto PIR, é possível extrapolar os resultados obtidos para o número total de ACSs (16 indivíduos), uma vez que este grupo beneficiou diretamente da capacitação oferecida pelo Projeto PIR.

A seleção dos cuidadores envolvidos na coleta de dados quantitativos se deu de forma aleatória, pois responderam ao questionário as famílias atendidas pelo Projeto PIR que se encontravam na comunidade no momento da pesquisa, que aconteceu sem aviso prévio. Assim, todas as famílias da comunidade tiveram a mesma probabilidade de serem escolhidas. Além disso, a amostra representa uma seleção transversal do universo, tendo em vista que foram contempladas famílias com filhos de diferentes idades entre 0 e 6 anos e de diferentes comunidades (os questionários foram aplicados em 15 comunidades). Por todas essas considerações, podemos alavancar os resultados dessa amostra para o total do universo de cuidadores (180 cuidadores).

Tendo em vista a divergência de dados encontrados para a quantidade de gestantes beneficiadas pelo Projeto²⁶, esta avaliação não alavancou os resultados da amostra para o universo desse grupo²⁷.

Para o grupo de crianças, considera-se que todas as crianças de 0 a 6 anos das comunidades do Projeto PIR foram beneficiadas pelas atividades do Projeto, ainda que seus familiares não conheçam ou não tenham participado da avaliação. Assim, os resultados da mudança para crianças foram alavancados para o total do universo (224 crianças, sendo 96 crianças de 0 a 3 anos e 128 crianças de 3 a 6 anos), a partir do que foi declarado pela amostra de cuidadores e ACSs. Além disso, verificou-se que a avaliação do impacto nas crianças foi

²⁵ Os pesquisadores conseguiram falar com 7 grávidas, e souberam da existência de outras 2 vivendo nas comunidades do Projeto.

²⁶ Conforme nota de rodapé de número 13, houve significativa divergência na quantidade de gestantes beneficiadas pelo Projeto. Optou-se por utilizar a quantidade informada pela FAS.

²⁷ Análise de sensibilidade para esta questão é apresentada na seção 8.5 deste relatório.

próxima na opinião dos cuidadores e ACSs, o que nos dá segurança em alavancar os resultados para o total do universo de crianças.

5.3. Calculando o nível das mudanças para cada *stakeholder*

Na ausência de dados de base para os indicadores coletados, os informantes (ACSs, cuidadores e gestantes) avaliaram, pensando retrospectivamente, o quanto de mudança perceberam nos últimos anos, período entre o início do Projeto PIR e o momento atual²⁸.

Esta solução é recomendável num contexto onde não foram coletados os dados de base (antes da intervenção) que se busca mensurar, como o caso desta avaliação.

O percentual de mudança obtido para cada indicador deve ser convertido em um fator que represente a quantidade de pessoas que passou por grande mudança. A tabela a seguir apresenta o resultado da mudança para cada grupo de interesse, já aplicados os fatores de ajuste, portanto trazendo **o total de pessoas para quem houve muita mudança**²⁹, tanto em cada indicador, como para cada resultado de impacto.

²⁸ Neste tipo de abordagem, conhecida como “Pós / Pré Design” (ou *Retrospective Pre Test*), a investigação ocorre ao final da intervenção (programa ou projeto), e pergunta-se aos participantes como avaliam um assunto comparando o **antes** (pré) com o **agora** (pós).

²⁹ Cada resultado poderia ser respondido com:

- Não mudou (não tendo valor de mudança);
- Mudou bem pouco (valendo 33% de uma grande mudança);
- Mudou alguma coisa (valendo 66% de uma grande mudança);
- Mudou muito (valendo como uma grande mudança).

Stakeholder	Mudança/ Resultado	Indicador que descreve a mudança/resultado	Média (%)	Média (indivíduos)	
Agentes Comunitários de Saúde	Melhora nos conhecimentos (93%)	O seu conhecimento sobre desenvolvimento da criança	100%	16	
		O seu conhecimento sobre a gestação e a formação do bebê antes do nascimento	90%	14	
		O seu conhecimento sobre a importância da família no desenvolvimento das crianças	90%	14	
	Melhora na autoestima (84%)	O quanto você se sente preparado(a) para realizar o seu trabalho em relação às crianças	86%	13	
		A valorização do seu papel na comunidade	86%	13	
		O jeito que você é recebido pelas famílias que visita	80%	12	
	Aperfeiçoamento nas práticas (82%)	A quantidade de informações sobre alimentação e higiene que você leva para as famílias, nas visitas	76%	12	
		A quantidade de informações sobre a importância da conversa com a criança que você leva para as famílias, nas visitas	90%	14	
		A quantidade de informações sobre a importância de brincar que você leva para as famílias, nas visitas	76%	12	
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado (56%)	O preenchimento da caderneta de saúde da criança	86%	13	
		Os tipos de comida que você dá para a criança	53%	96	
		A quantidade de vezes que você conversa com seu (sua) filho(a)	63%	114	
		A quantidade de vezes que você conta histórias ou canta para o(a) seu (sua) filho(a)	50%	90	
		A quantidade de vezes que você brinca com o(a) seu (sua) filho(a)	53%	96	
		O contato da criança com livros	56%	102	
	Melhora no ambiente familiar (48%)	Seu cuidado com a saúde da criança	66%	120	
		A quantidade de vezes que você briga ou bate no(a) seu (sua) filho(a)	53%	96	
		A quantidade de vezes que o pai (se houver) conversa ou brinca com a criança	46%	84	
		A quantidade de pessoas (irmãos, vizinhos, avós) que conversam ou brincam com a criança	46%	84	
		Melhora nas práticas de cuidado (49%)	A quantidade de interação com o bebê durante a gravidez	66%	5
			A quantidade de meses que você pretende amamentar no peito	33%	2
Melhora na saúde da mãe e do bebê (33%)	A quantidade de exames pré-natal que você fez ou vai fazer	33%	2		
	Crianças de 0 a 3 anos	Melhora no desenvolvimento da criança (55%)	A quantidade de conversas e músicas que você canta com o bebê	60%	57
O quanto você acaricia, pega o bebê			63%	60	
O período (meses) que vai dar de mamar no peito			43%	41	
Melhora na saúde da criança (54%)		A quantidade de consultas neonatal que você fez ou vai fazer	46%	44	
		A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico	50%	48	
		Os cuidados de higiene que você tem com o bebê	66%	64	
Crianças de 3 a 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança (66%)	A quantidade de músicas cantadas e de conversas entre os pais e a criança	60%	76	
		O relacionamento da criança com outras crianças	60%	76	
		A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares	66%	85	
		A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar	80%	102	
	Melhora na saúde da criança (62%)	A quantidade de doenças da criança	63%	81	
		A quantidade de acidentes envolvendo a criança no ambiente doméstico	60%	76	
		Os cuidados de higiene que você tem com a criança	63%	81	

*(média percentual dos indicadores)

Tabela 4: Mudanças por indicador

5.4. Estabelecendo quanto os resultados duram

Esta avaliação *SROI* pretende evidenciar os benefícios criados para cada *stakeholder*. O PIR teve duração de dois anos. Entretanto, a partir do encerramento do Projeto em 2014, há um impacto residual que perdurará pelos anos seguintes, ou seja, o chamado “**Período de Benefício**”, que consiste no tempo durante o qual os efeitos do Projeto podem ser percebidos, mesmo que com menor intensidade.

Uma forma de se estimar essa variável é perguntar diretamente aos *stakeholders*. No caso da presente avaliação, ACSs e cuidadores estimaram o **Período de Benefício** das mudanças ocorridas em suas vidas por meio do Projeto PIR. Além disso, ACSs e cuidadores foram questionados sobre como percebem este período para cada um dos resultados identificados para as crianças de 0 a 6 anos.

A tabela abaixo apresenta as estimativas do **Período de Benefício** para os diferentes *stakeholders* do PIR:

Período de Benefício	
ACSs	Anos
Melhora nos conhecimentos	5,6
Melhora na autoestima	4,1
Aperfeiçoamento nas práticas	5,8
Cuidadores	
Melhora nas práticas de cuidado	5,1
Melhora no ambiente familiar	5,1
Crianças	
Melhora no desenvolvimento da criança (0-3 anos)	5
Melhora no desenvolvimento da criança (3-6 anos)	4,9
Melhora na saúde da criança (0-6 anos)	5

Tabela 5: Período de Benefício

O **Período de Benefício** indica quanto tempo os resultados do Projeto permanecerão ao longo do tempo. Considera-se, porém, que a quantidade de resultados, ou seja, o impacto do Projeto PIR, vai se perdendo ao longo desse período de tempo conforme certo ritmo e intensidade. Na metodologia *SROI*, este processo é chamado de “**drop off**”.

Para esta avaliação, o cálculo para a taxa de “**drop-off**” partiu da média do **Período de Benefício** relatado pelos *stakeholders*. Assim, ao dividir 100% por 5,075 anos (média do **Período de Benefício**), chega-se a taxa de “**drop-off**” de

19,70%. Esta taxa é adotada para todos os resultados do Projeto PIR. Isto significa dizer, que a cada ano, cerca de 20% dos benefícios do PIR se perdem.

Uma perda de 20% ao ano não é grande, mas a adoção desta taxa se justifica pelo fato de que, após o percurso formativo oferecido pelo PIR, não há interrupção do processo de visita domiciliar e supervisão dos ACSs. Dessa maneira, os ACSs continuam colocando em prática os conhecimentos adquiridos e contidos nos materiais de apoio.

Capítulo 6 - Valorando os resultados através de *Proxies* financeiras

Como mencionado anteriormente, a avaliação *SROI* requer que o impacto de um projeto possa ser expresso em termos monetários (financeiros). Isso significa atribuir um preço “*proxy*”, no sentido de “aproximado”, a bens que não possuem um valor de mercado.

Este é uma das primeiras avaliações *SROI* feitas no Brasil – há, portanto, escassas *proxies* já calculadas para a realidade nacional. Por esta razão, muitos valores necessários para esta avaliação foram definidos através de exercícios empíricos e dados primários.

As *proxies* utilizadas para valorar os benefícios para cada grupo de *stakeholders*, assim como a base lógica que as fundamentam, são apresentadas nessa Seção.

É importante mencionar que, devido às diferenças do custo de vida entre a cidade de Manaus e as comunidades ribeirinhas do PIR, foi necessário ajustar alguns valores levantados neste estudo. Este ajuste baseou-se no rendimento nominal médio mensal dessas localidades³⁰.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Conforme apresentado na Seção 4.5, os resultados identificados para os ACSs são:

- Melhora nos conhecimentos;
- Melhora na autoestima;
- Aperfeiçoamento nas práticas.

Melhora nos conhecimentos

Para dar valor à “melhora nos conhecimentos” dos ACSs, levou-se em consideração quatro cenários diferentes.

- (1) Primeiramente, buscou-se o preço de cursos privados similares ao oferecido pelo Projeto PIR. Diante da dificuldade de se encontrar cursos sobre desenvolvimento infantil no estado do Amazonas, este levantamento foi realizado na cidade de São Paulo e abarcou quatro diferentes instituições.

³⁰ Utilizou-se os dados do IBGE (2014) para o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação de domicílio – rural (média para os municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão = R\$ 1.184) e o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação de domicílio – urbana (Manaus = R\$ 3.119). Assim, adotou-se 2,634 como fator de conversão.

Instituição	Carga horária	Preço hora/aula (R\$)
INSP (Instituto Neurológico de São Paulo)	120	48
Espaço Nascer São Paulo	6	65
GAMA - Grupo de Apoio à Maternidade Ativa	5	40
Maternidade Santa Joana	8	25

Assim, a média do preço para um dia de formação (8 horas) encontrada foi de R\$ 357.

- (2) Foram levantados também os gastos financeiros e econômicos incorridos na capacitação do PIR:

Descrição	Custo (R\$)
Capacitação inicial	12.506
Capacitação continuada	29.487
Equipamento	10.113
Equipe PIM (contrapartida)	32.400
Espaço FAS (contrapartida)	113.244

Esses valores resultam em um total de 197.750, que dividido pelos 18 dias de formação e por cada participante, resultaria em uma *proxy* de R\$ 687 por dia de capacitação.

- (3) A valoração também considerou a estimativa do custo de um dia de 8 horas de capacitação para ACSs pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), instituição envolvida na atividade de elaboração de um futuro treinamento dos ACSs no processo de estabelecimento da política pública. O percurso formativo em comunidades rurais prevê o custo de 2 profissionais (professor com mestrado e professor especialista), incluindo o seu salário e a diária de sua estadia, além dos custos de logística e de material utilizado nas capacitações:

Descrição	Custo (R\$)
Salário professor com mestrado	120 hora/aula
Salário professor especialista	60 hora/aula

Diária por profissional	240
Logística	3.000
Material	500
Local	165 ³¹

O custo final de um dia de formação é R\$ 5.585. Ao dividir este valor pelo total de ACSs que participaram das capacitações do Projeto PIR, chega-se ao custo de um dia de formação por ACS, equivalente a R\$ 349.

- (4) Finalmente, foi realizado um segundo grupo focal com ACSs e supervisores, na intenção de se aplicar uma abordagem empírica de valoração baseada na consulta aos *stakeholders*, chamada “**willingness-to-pay exercise**” (“exercício de disposição a pagar”). Nesta abordagem, os participantes do grupo focal expressam quanto têm vontade, ou estão dispostos a pagar por algo ou algum serviço.

É fundamental compreender que o que se busca com esse exercício não é o custo real de um curso na região ou o valor que poderiam pagar pensando nos seus recursos pessoais ou orçamento familiar. O que se pretende com esse exercício **é uma medida do quanto a melhora nos conhecimentos** obtida com as capacitações do Projeto PIR **representou pessoalmente** para cada um dos ACSs e supervisores, **o quanto valeu para eles**.

Ao serem questionados sobre o quanto estariam dispostos a pagar por cada dia de formação em um curso que oferecesse os mesmos conhecimentos que as capacitações do Projeto PIR, a média dos valores escolhidos pelos participantes foi R\$ 450. A explicação deste cálculo é apresentada no Apêndice 8.

A metodologia *SROI* valora os benefícios gerados por um programa ou projeto dentro do espaço de um ano. Não temos certeza se, ao responderem sobre o quanto valeu a formação, os ACSs refletiram pensando no impacto para a vida toda, ou para um ano. Por esta razão, e para nos mantermos conservadores, o custo de um dia de formação considerado é aquele levantado junto à UEA (R\$ 349)³². Esta escolha também leva em consideração um maior alinhamento entre as diferentes *proxies* adotadas nesta avaliação.

³¹ Os valores estimados desta tabela foram fornecidos pela UEA. Para o cálculo do gasto com o espaço físico, a consulta foi realizada na cidade de Manaus (aluguel de espaço para 3 dias: R\$ 1.300. Ao converter este valor para o custo de vida dos municípios do PIR (taxa de conversão: R\$ 2,634), o valor encontrado para um dia de aluguel é R\$ 165.

³² Ainda que este valor represente o custo de um dia de formação, é possível alavanca-lo para o valor total do percurso formativo, durante o período de um ano.

Finalmente, uma vez que o Projeto PIR ofereceu 18 dias de formação, a *proxy* para o resultado “melhora nos conhecimentos” é R\$ 6.282.

Melhora na autoestima

Dando continuidade ao exercício “*willingness-to-pay*”, os ACSs estimaram quanto valeria a melhora na autoestima advinda do Projeto PIR em relação ao valor do conhecimento adquirido. As respostas dos participantes para o percentual de melhora na autoestima variaram entre 75% e 125% do valor da formação. Os ACSs tiveram clara melhora em sua autoestima e declaram que este foi um dos impactos mais importantes do Projeto para eles. Tendo em vista que a melhora de autoestima dos ACSs não é diretamente relacionada ao impacto nas crianças, adotou-se o valor mais conservador desta medição de impacto. Assim, o percentual adotado nesta questão foi de 75% do valor relativo à melhora do conhecimento, e a *proxy* definida é R\$ 4.712 (para detalhamento deste cálculo, ver Apêndice 8).

Aperfeiçoamento nas práticas

Para mensurar o valor do benefício “aperfeiçoamento das práticas”, considerou-se que os ACSs relataram que, por terem melhores conteúdos, têm maior autoestima para realizar o seu trabalho e são, conseqüentemente, mais bem recebidos pelas famílias. Como resultado desse processo, e por terem as visitas estruturadas pelo Guia de Visitação, os ACSs afirmaram que passaram a realizar visitas mais longas: as visitas domiciliares duram, em média, 30 minutos a mais do que era de rotina no seu trabalho antes do PIR. Assim, o cálculo da *proxy* para a mudança “aperfeiçoamento nas práticas” levou em consideração o salário/hora dos ACSs e a informação, coletada no grupo focal, de que realizam em média 5 visitas por dia. Assim, a *proxy* foi calculada em R\$ 3.498. O detalhamento deste cálculo é apresentado no Apêndice 8.

CUIDADORES

Os resultados para cuidadores são:

- Melhora nas práticas de cuidado;
- Melhora no ambiente familiar.

Melhora nas práticas de cuidado

A “melhora nas práticas de cuidado” está ligada às informações que os cuidadores receberam e que os fizeram mudar suas práticas. Conforme calculado no item “melhora dos conhecimentos” dos ACSs, esta informação está valorada em R\$ 6.282.

Os cuidadores, porém, não participaram da formação. As informações que eles receberam foram transmitidas pelos ACSs. É de se esperar que uma parte da informação se perca nesta transmissão de conhecimento.

Considerou-se que parte do conteúdo da formação é esquecida pelos ACSs mas que, por outro lado, a utilização do material de apoio às visitas domiciliares corrobora para a manutenção destes conhecimentos aprendidos.

No segundo grupo focal, os ACSs foram questionados sobre o percentual do conteúdo aprendido no Projeto PIR que acreditavam ter transmitido para as famílias durante as visitas domiciliares. As respostas do grupo variaram de 50% a 100%, conforme apresentado no Apêndice 8.

Esta avaliação considerou o percentual de menor valor (50%), e a *proxy* para o resultado “melhora nas práticas de cuidado” é R\$ 3.141.

Melhora no ambiente familiar

Já para se calcular a “melhora no ambiente familiar”, consideramos a avaliação *SROI* do Programa Valorizando uma Infância Melhor (VIM), da Fundação Lucia e Pelerson Penido, onde se aplicou o exercício *Choice Experiment*³³ para a valorização do resultado “melhora na vida familiar”. A posse de uma casa própria surgiu como o primeiro aspecto material nos 2 grupos focais realizados e, por esta razão, adotou-se o preço anual de uma casa própria como *proxy*.

Esta escolha é ainda apoiada pela pesquisa da Synovate e Época Negócios (2010)³⁴, que mostrou que 99% da população da classe C entrevistada considerou que ter uma casa própria corresponde a mais conforto para a família, enquanto que para 95% da população da classe B entrevistada, ter uma casa própria representa a realização de um sonho.

Assim, como na avaliação *SROI* do Programa VIM, esta avaliação adotará o preço anual de uma casa própria como *proxy* para o benefício “melhora no ambiente familiar” para os cuidadores.

Para tanto, foi realizada uma simulação no sistema Simulador Habitacional CAIXA para aquisição de casa própria com subsídio do Governo, através do Programa Minha Casa, Minha Vida. Esta simulação é apresentada no Apêndice 8, e o valor anual resultante para a valoração deste resultado é R\$ 1.860.

³³ “*Choice Experiment*” (“experimento de escolha”): neste exercício as pessoas definem condições essenciais para se alcançar um determinado objetivo (por exemplo, uma vida melhor) e debatem qual seria a hierarquia de importância entre elas, ou seja, qual a mais importante em primeiro lugar, em segundo lugar e assim por diante. Depois dessa hierarquização, elas atribuem um valor monetário aos itens materiais que porventura estejam presentes na lista. Esse valor passa a ser o valor de ancoragem para as condições não materiais que estariam hierarquicamente acima desse item material. A ideia deste exercício é a de que, ao se atribuir um valor monetário ao item material que consta no “ranking”, pode-se concluir, por lógica, que um item não-material classificado acima deste item material deve valer mais ou ser no mínimo equivalente a este item material.

³⁴ Disponível em: <http://epocanegocios.globo.com/Revista/Common/0,,EMI161113-16357,00-INFOGRAFICO+UM+RETRATO+DO+NOVO+SONHO+BRASILEIRO.html>.

GESTANTES

As mudanças identificadas para as gestantes são:

- Melhora nas práticas de cuidado;
- Melhora na saúde da mãe e do bebê.

Melhora nas práticas de cuidado

Para a valoração deste resultado, reaplicou-se a lógica utilizada para o benefício de mesmo nome do grupo de *stakeholders* “cuidadores”. Assim, a *proxy* para a “melhora nas práticas de cuidado” das gestantes é R\$ R\$ 3.141.

Melhora na saúde da mãe e do bebê

Em relação à “melhora na saúde da mãe e do bebê”, consideramos que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acompanhamento médico da mulher durante a gravidez é essencial para sua saúde e a saúde do bebê. Não obstante, somente 50% das mulheres em todo o mundo realizam as quatro consultas de pré-natal recomendadas pela OMS, dificultando a descoberta de eventuais problemas e o seu devido tratamento³⁵.

Tem-se, assim, que o acompanhamento da saúde da gestante é ponto importante para a redução da mortalidade neonatal³⁶. Estudo realizado no Nepal corrobora para esta afirmação ao demonstrar a eficácia de uma intervenção rural baseada na orientação sobre saúde materna e neonatal a grupos de mulheres: a mortalidade neonatal foi reduzida em 29%³⁷.

Para a valoração do benefício “melhora na saúde da mãe e do bebê”, dois levantamentos foram realizados, e são apresentados em detalhe no Apêndice 8. Primeiramente, pesquisou-se o valor anual de um plano de saúde com serviço de obstetrícia (após período de carência de 10 meses), para as faixas etárias de 19 a 43 anos. Dos três planos de saúde pesquisados, um tem abrangência nacional e, os outros, somente para o município de Manaus. O valor final encontrado é R\$ 2.464.

Em segundo lugar, levantou-se o gasto de seis consultas particulares de pré-natal, seguindo a orientação dada pelo Ministério da Saúde³⁸. O levantamento foi realizado para Itacoatiara, município do interior onde foi possível encontrar este serviço. A média do valor de seis consultas particulares para os quatro obstetras consultados é R\$ 885.

³⁵ Organização Mundial de Saúde, 2014. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/index6.html.

³⁶ Segundo o Ministério da Saúde (2009), a mortalidade neonatal é aquela que ocorre no período de 0 a 27 dias de vida. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

³⁷ BORGHI et al. Economic assessment of a women’s group intervention to improve birth outcomes in rural Nepal. *Lancet*, 2005, 366: 1882–84. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67758-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67758-6/abstract).

³⁸ Essa informação é disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php.

Menos de 1% da população do estado do Amazonas tem plano de saúde³⁹. Por esta razão, esta avaliação considerou o valor das consultas particulares (R\$ 885) para a valoração do benefício “melhora na saúde da mãe e do bebê”.

CRIANÇAS 0 A 3 ANOS

Dois resultados foram avaliados para este grupo de *stakeholders*, a saber:

- Melhora no desenvolvimento da criança;
- Melhora na saúde da criança.

Melhora no desenvolvimento da criança

O desenvolvimento da criança em idade pré-escolar pode ser expresso pelo desenvolvimento de habilidades que a preparam para a escola e para a vida, conceito internacionalmente chamado de *school rediness*. Esta prontidão escolar pode ser definida como chegar mais preparada no primeiro ano escolar, ou de forma mais ampla, como define a Unesco, como o “produto da interação entre a criança e a gama de experiências ambientais e culturais que maximizem os resultados de seu desenvolvimento”⁴⁰.

Os ACSs estimulam o desenvolvimento infantil por meio das atividades lúdicas e brincadeiras realizadas durante as visitas domiciliares. Os cuidadores recebem incentivo para a continuidade dessas atividades no cotidiano familiar, uma vez que devem cumprir “tarefas” com as crianças até a próxima visita do ACS.

Os relatos de campo reafirmam que as crianças que passaram pelo PIR apresentam melhora no desenvolvimento de suas habilidades motoras e sociais, além de relato dos educadores contando como os alunos do PIR chegam mais preparados na escola.

Neste sentido, foi considerado que os benefícios de desenvolvimento adquiridos pelas crianças podem ser comparados com o desenvolvimento que estas crianças teriam se frequentassem uma creche ou pré-escola. A *proxy* utilizada para calcular este benefício é o gasto com creche.

A razão da escolha por esta *proxy* é ainda corroborada pela visão da diretora global de educação do Banco Mundial, Claudia Costin⁴¹. Segundo ela, uma vez que nem toda criança frequenta uma creche no Brasil – seja por falta de vagas, seja por escolha da mãe –, uma alternativa é a atenção que é dada a essas crianças por meio de outras áreas, como saúde e assistência social. O Guia de Visitação implementado pelo Projeto PIR age nesse sentido ao oferecer

³⁹ Esta informação foi coletada junto ao Departamento de Atenção Básica do Amazonas e refere-se ao ano de 2015.

⁴⁰ SCHOOL READINESS - A Conceptual Framework (2012) United Nations Children’s Fund, New York.

⁴¹ “A educação na primeira infância, agenda urgente”, Claudia Costin – O Estado de São Paulo, 16 de junho de 2015. Reportagem disponível em: <http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,a-educacao-na-primeira-infancia--agenda-urgente,1706961>.

acompanhamento das crianças nas visitas domiciliares e orientação para os cuidadores de acordo com a faixa etária da criança.

Não se encontrou creches privadas nos municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão e, assim, o levantamento foi realizado na cidade de Manaus e contemplou cinco instituições:

Creche	Mensalidade (R\$)	Total ano (R\$)
Imperial Baby	265	3.180
Paraíso Infantil	1.033	12.400
La Salle	919	11.028
Creche Escola Sonho de Criança	467	5.600
Creche e Aparece	999	11.992

Além dessas instituições, a pesquisa também procurou o custo anual que seria gasto no SESI de Manaus. Ainda que o valor encontrado (R\$ 11.652) se assemelhe dos valores acima, esta instituição não foi considerada pois não é possível saber a quantidade de subsídios que recebe do governo para exercer suas atividades.

Com base nos valores apresentados na tabela, a *proxy* para o resultado “melhora no desenvolvimento da criança” de 0 a 3 anos é definida em R\$ 8.840 por ano. Após ajuste deste valor, o valor final para a valoração do benefício é R\$ 3.357.

Melhora na saúde da criança

As visitas domiciliares agem no sentido de evitar complicações de saúde da criança e, conseqüentemente, a realização de consultas médicas.

Foi levantado o gasto anual com um plano de saúde (médico com acomodação de enfermagem, e odontológico) infantil. O levantamento de preço compreendeu dois planos de saúde de abrangência municipal, e um de abrangência nacional. Enfim, a média do valor anual dos planos encontrada é de R\$ 2.014.

Foi também realizada pesquisa de preço das consultas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria⁴² para a faixa dos 0 a 3 anos de idade, quais sejam, de pediatria e de dentista. O levantamento de preço foi feito para a cidade de Manaus, e levantou o valor da consulta de 5 pediatras e de 5 dentistas da cidade. Para se chegar a um valor anual, foram consideradas as médias dos valores das consultas pediátricas durante o período de 0 a 3 anos da criança (nenhuma consulta no primeiro ano de vida, e consultas de 6 em 6 meses no

⁴² Disponível em: <https://www.sbp.com.br/saiu-na-imprensa/criancas-que-nao-vaao-pediatra-com-frequencia-tem-duas-vezes-mais-chances-de-serem-hospitalizadas/>.

segundo e terceiro anos de vida). A soma dos custos anuais com consultas de pediatria e dentista resultante é R\$ 2.748. O detalhamento dos cálculos é apresentado no Apêndice 8.

Ainda que o valor anual com plano de saúde não difere substancialmente daquele que seria gasto com consultas particulares ao pediatra e ao dentista, a definição desta *proxy* considerou somente os custos anuais com consultas de pediatria e dentista, uma vez que o Projeto PIR agiu no sentido de prevenir a aparição de doenças por meio do acompanhamento regular da saúde e desenvolvimento das crianças. Assim, a *proxy* para a valoração do benefício “melhora na saúde da criança”, ajustada ao rendimento nominal médio mensal das comunidades do PIR, é R\$ 1.044.

CRIANÇAS DE 3 A 6 ANOS

Como apresentado na Seção 4.5 desta avaliação, os resultados do Projeto PIR para este grupo de *stakeholders* são:

- Melhora no desenvolvimento da criança;
- Melhora na saúde da criança.

Melhora no desenvolvimento da criança

O cálculo da *proxy* para o benefício “melhora no desenvolvimento da criança” considerou que o desenvolvimento infantil proporcionado pelos conhecimentos e atividades realizadas nas visitas domiciliares se assemelha ao desenvolvimento que seria adquirido na pré-escola. Assim como a pré-escola, as visitas agem no sentido de preparar a criança para o ingresso escolar. Nesse sentido, a *proxy* selecionada para calcular a melhora no desenvolvimento das crianças de 3 a 6 anos é o valor que seria gasto com pré-escola privada no período de um ano. O levantamento de preço foi realizado para sete pré-escolas privadas de Manaus, além do SESI de três municípios da região que disponibilizam este serviço.

Pré-escola	Mensalidade (R\$)	Total ano (R\$)
Paraíso Infantil	700	8.400
La Salle	861	10.332
Piu Piu	240	2.880
Alegria do Saber	200	2.400
Imperial Baby	226	2.706
Sonho de Criança	420	5.040
Creche e Aparece	942	11.304

SESI Iranduba	56	672
SESI Parintins	157	1.884
SESI Itacoatiara	140	1.680

Os valores encontrados nos SESIs, apesar de refletirem a realidade de comunidades do interior, não foram considerados pois não é possível saber a quantidade de subsídios governamentais que resultam neste preço e, portanto, qual o valor real do serviço de pré-escola prestado.

Para a definição da *proxy* considerou-se somente as mensalidades das instituições particulares, cuja média resultou em R\$ 6.152. Usando o fator 2,634 que converte este valor de Manaus para a realidade das comunidades ribeirinhas, chega-se a uma *proxy* de R\$ 2.336.

Melhora na saúde da criança

Para a definição da *proxy* “melhora na saúde da criança”, o procedimento utilizado para as crianças de 0 a 3 anos de idade foi replicado. Porém, o custo total com consultas de pediatria e dentista no período de um ano não é o mesmo, uma vez que há diferença na frequência de visitas recomendada para esta faixa etária (considerou-se consultas a cada 6 meses ao dentista e 12 consultas ao pediatra no período de 3 anos⁴³). Como resultado, a soma dos custos com consultas de pediatria e dentista no período de um ano para crianças de 3 a 6 anos é R\$ 2.692.

Ainda que o valor anual com plano de saúde (R\$ 2.014) não se distancie substancialmente daquele que seria gasto com consultas particulares ao pediatra e ao dentista, a definição desta *proxy* considerou somente os custos anuais com consultas de pediatria e dentista, uma vez que o Projeto PIR agiu no sentido de prevenir a aparição de doenças por meio do acompanhamento regular da saúde e desenvolvimento das crianças. Finalmente, a *proxy* para a valoração do benefício “melhora na saúde da criança”, ajustada ao rendimento nominal médio mensal das comunidades do PIR, é R\$ 1.022.

Panorama Geral das *proxies* utilizadas nesta avaliação

A tabela a seguir apresenta todos as *proxies* que foram aplicados nesta análise, com as respectivas justificativas que embasaram sua adoção.

⁴³ Disponível em: <https://www.sbp.com.br/saiu-na-imprensa/criancas-que-nao-vaao-pediatra-com-frequencia-tem-duas-vezes-mais-chances-de-serem-hospitalizadas/>.

Stakeholder	Mudança/ Resultado	Proxy financeira (R\$)	Fonte	Base lógica
Agentes Comunitários de Saúde	Melhora nos conhecimentos	6.282	Custo levantado com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA). <i>Outras proxies levantadas: Custo de cursos privados similares; gastos financeiros e econômicos incorridos na capacitação do PIR; exercício empírico Willingness-to-pay.</i>	A UEA é a instituição envolvida na atividade de elaboração de um futuro treinamento dos ACSs no processo de estabelecimento da política pública. Assim, este é o valor que mais se aproxima da realidade.
	Melhora na autoestima	4.712	Empírico (Exercício <i>Willingness-to-pay</i>).	Em grupo focal, investigou-se o incremento que os ACSs pagariam (em porcentagem) para a melhoria da autoestima. Este incremento foi definido em 75%.
	Aperfeiçoamento nas práticas	3.498	Valor anual do acréscimo de tempo de duração das visitas domiciliares.	ACSs se sentem mais preparados para realizar o seu trabalho e as visitas são estruturadas pelo Guia de Visitação. Como resultado, fazem visitas mais longas.
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado	3.141	Empírico Exercício com ACSs.	Através das visitas domiciliares, cuidadores têm mais informações sobre desenvolvimento infantil, entendendo a importância do cuidado com a criança e de sua estimulação através de conversas, histórias e músicas.
	Melhora no ambiente familiar	1.860	Custo anual de prestações para aquisição de casa própria.	Para brasileiro médio, a aquisição da casa própria representa a realização de um sonho e proporciona maior conforto e melhoria no ambiente familiar.
Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado	3.141	Empírico Exercício com ACSs.	Através das visitas domiciliares, gestantes obtêm informações sobre as melhores práticas de cuidado com o bebê que se desenvolve.
	Melhora na saúde da mãe e do bebê	885	Custo médio de 6 consultas de pré-natal, na região. <i>Outras proxies levantadas: Custo de plano de saúde com serviço de obstetria (após período de carência de 10 meses).</i>	Por meio das visitas domiciliares, a saúde da mãe e do bebê é acompanhada e eventuais complicações são encaminhadas.
Crianças de 0 a 3 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	3.357	Preço anual de creche na região.	O desenvolvimento infantil estimulado pelos ACSs durante as visitas domiciliares e o incentivo e informação passados à família para o cuidado com a criança se assemelha à atenção dada à criança e ao desenvolvimento conquistados em uma creche.

	Melhora na saúde da criança	1.044	Valor de consultas ao pediatra e dentista recomendadas para esta faixa etária. <i>Outras proxies levantadas: Custo anual com plano de saúde infantil.</i>	As visitas domiciliares acompanham a saúde da criança no sentido de prevenir complicações. Isto pode ser comparado com o acompanhamento médico sugerido pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Crianças de 3 a 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	2.336	Preço anual de pré-escola na região.	O desenvolvimento infantil proporcionado pelas informações e atividades das visitas domiciliares se assemelham ao desenvolvimento que seria adquirido na pré-escola. Assim como a pré-escola, as visitas agem no sentido de preparar a criança para o ingresso escolar.
	Melhora na saúde da criança	1.022	Valor de consultas ao pediatra e dentista recomendadas para esta faixa etária. <i>Outras proxies levantadas: Custo anual com plano de saúde infantil.</i>	As visitas domiciliares acompanham a saúde da criança no sentido de prevenir complicações. Isto pode ser comparado com o acompanhamento médico sugerido pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Tabela 6: Proxies utilizadas

Comentários sobre as *proxies* utilizadas nesta avaliação

Para fundamentar a escolha das *proxies* utilizadas nesta avaliação, alguns esclarecimentos são necessários.

Antes das capacitações do Projeto PIR, os ACSs nunca haviam recebido uma formação. Isso explica a alta valoração que deram para a melhora nos conhecimentos no exercício “*willingness-to-pay*” e o fato desse grupo apresentar valores-*proxy* mais elevados em comparação com os demais.

No que tange a valoração da melhora no desenvolvimento das crianças, tem-se que a média do valor investido pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) por matrícula na educação básica nos municípios do PIR em 2014 foi R\$ 2.793. A proximidade deste valor com a média dos valores para creche e pré-escola considerados (R\$ 2.847) nos dá segurança dos valores utilizados nesta avaliação.

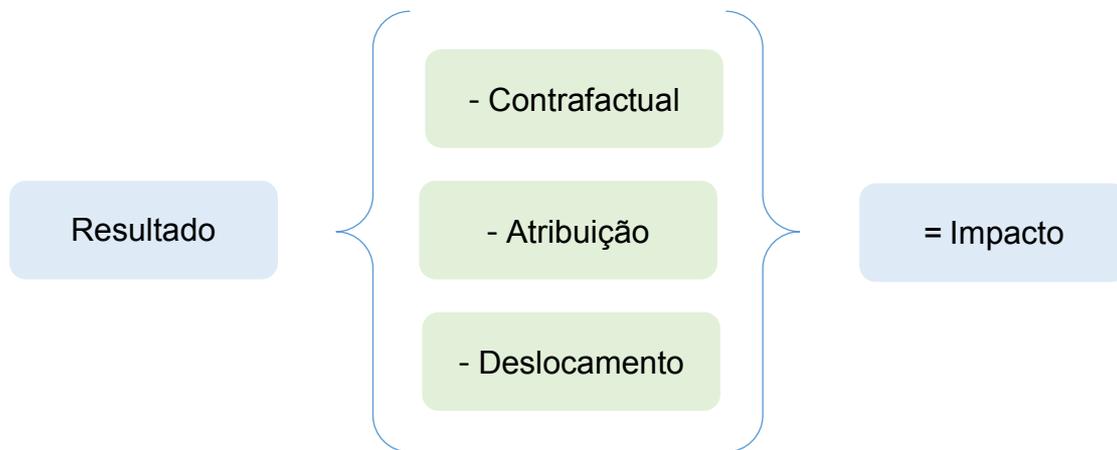
Finalmente, é importante mencionar que a valoração da melhora do desenvolvimento e da saúde das crianças considera os benefícios no período de um ano. Sabe-se, porém, que o benefício para a criança de frequentar uma creche e de realizar consultas médicas regulares não se limita a este período temporal, estendendo-se por toda a vida. Podemos estender este raciocínio para a melhora da saúde das gestantes, uma vez que os benefícios de ter sua saúde acompanhada durante a gestação não se terminam ao final do período pré-natal.

Esta avaliação mantém-se conservadora na valoração dos benefícios advindos do Projeto PIR.

Capítulo 7 – Estabelecendo os impactos

Medir o impacto exclusivamente causado por um programa ou projeto envolve excluir da incidência total do impacto aquilo que pode ter sido causado por tais fatores:

- Contrafactual
- Deslocamento
- Atribuição



7.1. Contrafactual e Deslocamento

Medir o contrafactual implica avaliar o quanto da mudança observada teria acontecido de qualquer forma, mesmo sem a existência do Projeto.

As taxas de contrafactual adotadas na avaliação do Projeto PIR foram obtidas por meio do envolvimento dos *stakeholders*. A confiança desta auto-avaliação na ausência de grupos controle ou pré-testes é sustentada por Gaus *et al.* (2014).

Assim, ACSs, cuidadores e gestantes foram questionados sobre a interferência de algum contrafactual, ou seja, uma estimativa do que julgam que aconteceria de qualquer maneira, mesmo sem a intervenção do Projeto. Esta pesquisa foi realizada na etapa quantitativa desta avaliação, descrita na Seção 5.2.

A pergunta foi a seguinte:

“Agora vamos imaginar que o PIR não existisse, ou seja, *faça de conta que não aconteceu o PIR*. Que *mudanças você acha que teriam acontecido mesmo assim*, ou seja, que coisas teriam mudado do mesmo jeito, sem a ajuda do PIR? **Assinale abaixo a resposta que estaria mais próxima do que você pensa.”**

As categorias de respostas possíveis foram:

- “Não sei/**Nada** teria mudado sem o PIR”, neste caso o contrafactual seria considerado seria de 0%, ou seja, nada seria subtraído do impacto encontrado.
- “Apenas **algumas coisas** teriam mudado mesmo sem o PIR”, com contrafactual de 33%;
- “**Muitas coisas** teriam mudado mesmo sem o PIR”, com contrafactual de 66% e
- “Tudo teria mudado da mesma forma, **igual**, mesmo sem o PIR”, neste caso o contrafactual seria de 100% e todo benefício seria subtraído do PIR.

Ou seja, quanto mais próximo a 100%, menor a associação das mudanças (impacto) ao PIR, portanto, maior o pensamento de que as mudanças ocorreriam por si mesmas.

A tabela abaixo apresenta os resultados colhidos junto aos ACSs, cuidadores e gestantes:

ACSs	Contrafactual
Melhora nos conhecimentos	19%
Melhora na autoestima	19%
Aperfeiçoamento nas práticas	19%
CUIDADORES	
Melhora nas práticas de cuidado	49%
Melhora no ambiente familiar	49%
GESTANTES	
Melhora nas práticas de cuidado	33%
Melhora na saúde da mãe e do bebê	33%
CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS	
Melhora no desenvolvimento da criança	41%
Melhora na saúde da criança	40%
CRIANÇAS DE 3 A 6 ANOS	
Melhora no desenvolvimento da criança	36%
Melhora na saúde da criança	40%

Tabela 7: Contrafactual

A partir dos resultados acima, pode-se afirmar que a maior parte das mudanças percebidas na vida dos ACSs, gestantes, crianças e seus familiares pode ser associada ao PIR, isto é, aconteceram por influência do Projeto. Sem o Projeto apenas algumas coisas teriam mudado.

Os efeitos de **Deslocamento** podem ocorrer em situações onde a geração de mudanças positivas para um grupo de *stakeholders* resulta em mudanças negativas para outro grupo, no contexto de um mesmo resultado.

No caso desta avaliação, não houve impacto negativo atribuído a qualquer ação do PIR.

7.2. Atribuição

Medir a **Atribuição** é necessário quando há outros atores envolvidos em um projeto e/ou quando múltiplos atores estão trabalhando na mesma área para alcançar objetivos semelhantes.

Nesta avaliação, optou-se pela abordagem empírica, perguntando diretamente aos *stakeholders* sobre a atuação de outros projetos ou atores que poderiam ter influenciado os resultados do PIR. Esta pesquisa foi realizada na etapa qualitativa desta avaliação, descrita na Seção 3.3.

Nos grupos focais com cuidadores, gestantes e ACSs, foi perguntada a seguinte questão:

“As mudanças na vida das crianças se devem apenas ao PIR ou algo mais pode ter contribuído?”

Da mesma forma, nas entrevistas com os demais *stakeholders* do Projeto, procurou-se saber sobre outras organizações que trabalharam simultaneamente ao PIR e que poderiam ter influenciado os seus resultados. A pergunta foi a seguinte:

“Sabe de outras organizações que trabalharam simultaneamente ao PIR e que possam ter influenciado os resultados?”

Ações de Igrejas, com o envio de médicos e a realização de palestras sobre temas como amamentação, higiene bucal e nutrição, foram apontadas por diversos *stakeholders*. Além disso, é sabido que dentre os municípios do Projeto PIR, Manacapuru recebeu recursos no âmbito da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), estabelecida pelo Ministério da Saúde para combater a desnutrição de crianças menores de 5 anos de idade nos municípios brasileiros de elevada ocorrência⁴⁴.

A partir dessas informações, as devidas taxas de atribuição⁴⁵ foram definidas para cada um dos resultados do Projeto PIR, e são apresentadas na tabela abaixo:

⁴⁴ Para saber mais sobre a ANDI, acesse <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/andi/>.

⁴⁵ Nesta avaliação SROI, o percentual de atribuição corresponde a proporção do resultado que pode ser atribuído a outros projetos ou atores que não o Projeto PIR. Assim, em uma escala de 0 a 100%, tem-se que quanto mais próximo de 100%, maior é a participação de terceiros para a efetivação do resultado.

Stakeholder	Mudança/Resultado	Indicador que descreve a mudança/resultados	Atribuição por Indicador	Média da atribuição por Resultado	Justificativa	
Agentes Comunitários de Saúde	Melhora nos conhecimentos	O seu conhecimento sobre desenvolvimento da criança	0%	0%		
		O seu conhecimento sobre a gestação e a formação do bebê antes do nascimento	0%			
		O seu conhecimento sobre a importância da família no desenvolvimento das crianças	0%			
	Melhora na autoestima	O quanto você se sente preparado(a) para realizar o seu trabalho em relação às crianças	0%	0%		
		A valorização do seu papel na comunidade	0%			
		O jeito que você é recebido pelas famílias que visita	0%			
	Aperfeiçoamento nas práticas	A quantidade de informações sobre alimentação e higiene que você leva para as famílias, nas visitas	0%	0%		
		A quantidade de informações sobre a importância da conversa com a criança que você leva para as famílias, nas visitas	0%			
		A quantidade de informações sobre a importância de brincar que você leva para as famílias, nas visitas	0%			
O preenchimento da caderneta de saúde da criança		0%				
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado	Os tipos de comida que você dá para a criança	50%	18%	- Ações pontuais de Igrejas, com o envio de médicos e a realização de palestras; - Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI); - Há, nas comunidades, rodas de leitura para crianças do fundamental ao ensino médio. Além de serem abertas para toda a comunidade, as crianças de 0 a 6 anos podem ter beneficiado do contato com livros por meio dos irmãos mais velhos.	
		A quantidade de vezes que você conversa com seu (sua) filho(a)	0%			
		A quantidade de vezes que você conta histórias ou canta para o(a) seu (sua) filho(a)	0%			
		A quantidade de vezes que você brinca com o(a) seu (sua) filho(a)	0%			
		O contato da criança com livros	10%			
		Seu cuidado com a saúde da criança	50%			
	Melhora no ambiente familiar	A quantidade de vezes que você briga ou bate no(a) seu (sua) filho(a)	0%	0%		
A quantidade de vezes que o pai (se houver) conversa ou brinca com a criança		0%				
A quantidade de pessoas (irmãos, vizinhos, avós) que conversam ou brincam com a criança		0%				
Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado	A quantidade de interação com o bebê durante a gravidez	0%	13%	- Ações pontuais de Igrejas, com o envio de médicos e a realização de palestras; - Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI).	
		A quantidade de meses que você pretende amamentar no peito	25%			
Crianças de 0 a 3 anos	Melhora na saúde da mãe e do bebê	A quantidade de exames pré-natal que você fez ou vai fazer	50%	50%	- Ações pontuais de Igrejas, com o envio de médicos e a realização de palestras.	
		Melhora no desenvolvimento da criança	A quantidade de conversas e músicas que você canta com o bebê			0%
			O quanto você acaricia, pega o bebê			0%
	Melhora na saúde da criança	O período (meses) que vai dar de mamar no peito	25%	8%		
		A quantidade de consultas neonatal que você fez ou vai fazer	50%			
Crianças de 3 a 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico	0%	33%	- Ações pontuais de Igrejas, com o envio de médicos e a realização de palestras.	
		Os cuidados de higiene que você tem com o bebê	50%			
		A quantidade de músicas cantadas e de conversas entre os pais e a criança	0%			
		O relacionamento da criança com outras crianças	0%			
	Melhora na saúde da criança	A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares	0%	0%		
		A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar	0%			
		A quantidade de doenças da criança	50%			
Melhora na saúde da criança	Melhora na saúde da criança	A quantidade de acidentes envolvendo a criança no ambiente doméstico	0%	33%		
		Os cuidados de higiene que você tem com a criança	50%			
		A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares	0%			

Tabela 8: Atribuição

7.3. Calculando o impacto

Esta seção tem como objetivo calcular o impacto do Projeto PIR, ou seja, o benefício financeiro para cada resultado identificado descontando-se a taxa de contrafactual e considerando a atribuição.

Para tanto, deve-se calcular o resultado pós-contrafactual, entendido como a porcentagem de pessoas que passaram por mudanças descontando-se as mudanças que teriam acontecido mesmo se o PIR não tivesse ocorrido. De forma análoga, calcular o pós-atribuição. Com isso, será definido o percentual de pessoas que vivenciaram cada uma das mudanças.

Quando multiplicamos o percentual de pessoas que passaram pela mudança pelo valor atribuído a cada uma destas mudanças, chegamos ao valor dos benefícios gerados no fim do Projeto. A tabela abaixo apresenta estes cálculos:

	Mudança/Resultado	Quantidade de Beneficiários	Incidência do Resultado	Contrafactual	Resultado pós-contrafactual	Atribuição	Resultado pós-atribuição	Proxy financeira (R\$)	Valor Social Gerado (R\$)
ACSs	Melhora nos conhecimentos	15	93%	19%	75%	0%	75%	6.282	75.832
	Melhora na autoestima	13	84%	19%	68%	0%	68%	4.712	51.566
	Aperfeiçoamento nas práticas	13	82%	19%	67%	0%	67%	3.498	37.581
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado	102	56%	49%	29%	18%	24%	3.141	134.567
	Melhora no ambiente familiar	89	48%	49%	25%	0%	25%	1.860	84.774
Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado	3	49%	33%	28%	13%	24%	3.141	5.344
	Melhora na saúde da mãe e do bebê	2	33%	33%	19%	50%	9%	885	574
Crianças 0 – 3 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	53	55%	41%	32%	8%	29%	3.357	95.213
	Melhora na saúde da criança	52	54%	40%	32%	33%	22%	1.044	21.585
Crianças de 3 – 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	84	66%	36%	42%	0%	42%	2.336	126.260
	Melhora na saúde da criança	80	62%	40%	37%	33%	25%	1.022	32.328
									665.622

Tabela 9: Impacto do PIR

Assim, o total do valor social gerado corresponde ao valor do impacto criado para o conjunto dos *stakeholders* do PIR no período de escopo do Projeto, equivalente a R\$ 665.622 mil reais.

Capítulo 8 – Calculando o SROI

8.1. Calculando o valor presente líquido

Esta seção tem como objetivo calcular o Valor Presente Líquido (VPL) do Projeto PIR. Para tanto, deve-se calcular o impacto do Projeto nos anos futuros – aplica-se, para cada resultado identificado, o Período de Benefício correspondente, assim como a taxa de *drop-off* de ano a ano (conforme exposto na Seção 5.4)⁴⁶.

Finalmente, o valor presente líquido é calculado a partir da soma dos benefícios de diferentes períodos de tempo e o seu desconto, realizado através da aplicação de uma taxa de desconto.

Taxa de Desconto

É a taxa que traz a valor presente (Valor Presente Líquido) o valor social que se estenderia ao longo do horizonte de tempo do Período de Benefício, que neste caso é de 4 a 6 anos.

Para a definição da taxa de desconto analisamos títulos de mercado que representassem a remuneração do capital caso o recurso não fosse empregado nesta intervenção. **Nesta avaliação a taxa de desconto utilizada reflete a remuneração de um título pós-fixado sem considerar o indicador de inflação, já que os valores do modelo ao longo do tempo não foram ajustados por nenhum índice inflacionário.** Ou seja, estamos trabalhando com valores reais, e então devemos usar juros reais como taxa de desconto.

Adotamos os juros reais das Notas do Tesouro Nacional série B (NTN-B), que são títulos emitidos pelo governo brasileiro com rentabilidade vinculada à variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acrescidos de juros determinados no momento da compra deste título. Selecionamos a NTN-B com vencimento em 15/08/24, cujo prazo foi o que mais se aproximou do período de análise do modelo (a NTN-B com prazo anterior vence em 2019, período menor que do modelo) e cuja rentabilidade é de **6,73% ao ano**⁴⁷, **taxa de desconto adotada nesta avaliação.**

⁴⁶ Uma vez que não foi perguntado às gestantes o Período de Benefício que consideram para a duração dos resultados do Projeto PIR, utilizou-se o período identificado no grupo de cuidadores para o benefício “melhora nas práticas de cuidado” para o benefício de mesmo nome, e o período identificado no grupo de crianças para o benefício “melhora na saúde da criança” para o benefício “melhora na saúde da mãe e do bebê”.

⁴⁷ Disponível em: http://www3.tesouro.gov.br/tesouro_direto/rentabilidade_novosite.asp.

A tabela seguinte apresenta o Valor Presente Líquido, ou seja, o valor social gerado ao longo do Período de Benefício e depois de aplicado o *drop-off*, descontado pela taxa de 6,73% ao ano:

	Mudança/Resultado	Valor Social Gerado (R\$) Ano 1 - 2	Valor Social Gerado (R\$) Ano 3	Valor Social Gerado (R\$) Ano 4	Valor Social Gerado (R\$) Ano 5	Valor Social Gerado (R\$) Ano 6	Valor Social Gerado (R\$) Ano 7	Valor Social Gerado Total (R\$)	Valor Presente Líquido * (taxa 6,73% aa)
ACSs	Melhora nos conhecimentos	75.832	60.893	48.897	39.264	31.529	25.318	281.734	234.878
	Melhora na autoestima	51.566	41.407	33.250	26.700	0	0	152.923	132.589
	Aperfeiçoamento nas práticas	37.581	30.177	24.232	19.459	15.625	12.547	139.621	116.400
Cuidadores	Melhora nas práticas de cuidado	134.567	108.057	86.770	69.676	55.950	0	455.021	386.405
	Melhora no ambiente familiar	84.774	68.074	54.663	43.894	35.247	0	286.652	243.426
Gestantes	Melhora nas práticas de cuidado	5.344	4.291	3.446	2.767	2.222	0	18.070	15.345
	Melhora na saúde da mãe e do bebê	574	461	370	297	238	0	1.940	1.647
Crianças 0 – 3 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	95.213	76.456	61.394	49.299	39.587	0	321.949	273.400
	Melhora na saúde da criança	21.585	17.332	13.918	11.176	8.974	0	72.985	61.979
Crianças de 3 – 6 anos	Melhora no desenvolvimento da criança	126.260	101.387	81.413	65.375	52.496	0	426.931	362.551
	Melhora na saúde da criança	32.328	25.959	20.845	16.739	13.441	0	109.312	92.828
									1.921.448

Tabela 10: VPL dos benefícios

8.2. Os custos do Projeto PIR

A avaliação *SROI* compara o impacto, expresso em termos financeiros, com os custos do Programa para identificar a efetividade das intervenções. Os custos considerados numa avaliação *SROI* podem ser **financeiros** ou **econômicos**.

Os custos financeiros consistem no orçamento, ou seja, o volume de recursos gastos para realizar uma intervenção.

Os custos econômicos (ou custos não-financeiros) são valores usados para registrar uma atividade ou intervenção que não tenham sido compensados financeiramente. Por exemplo, podem ser doações, trabalho voluntário, ou cessão de algum tipo de bem ou serviço não remunerado. Conforme a intervenção, esses custos podem ser relevantes, e por isso devem ser mensurados ou, ao contrário, insignificantes e desconsiderados.

Assim, o resumo dos custos do PIR é apresentado na tabela a seguir:

Custos do PIR nos municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão	Valor (em R\$)
IDIS (com recursos repassados pela Fundação Bernard van Leer)	450.000
Contrapartida Programa PIM	32.400
Contrapartida SUSAM	61.245
Contrapartida FAS	131.744
Valor econômico de doações	5.000
TOTAL	680.389

Tabela 11: Custos do Projeto

8.3. O retorno social do investimento no Projeto

Para que uma intervenção possa ser considerada eficiente a partir dos resultados da avaliação *SROI*, é necessário observar se:

- 1) ao subtrair o **Valor dos Custos** do **Valor Presente dos Benefícios**, o **Valor Presente Líquido** é superior a “zero” ($VPL > 0$);
- 2) o **coeficiente *SROI***, resultante da divisão do Valor Presente dos Benefícios pelo Valor dos Custos, é maior que “um” ($SROI > 1$);

<i>SROI</i>	=	Valor Presente dos Benefícios
		Valor dos Custos

A tabela abaixo apresenta os resultados da avaliação *SROI* para o PIR, isto é, o valor dos benefícios gerados em relação aos investimentos realizados no Projeto:

Retorno Social do Investimento no Projeto PIR no período de 2013 a 2014	
Valor Presente dos Benefícios	1.921.448
Valor dos Custos	680.389
Coeficiente <i>SROI</i>	2,82

Tabela 12: *SROI*

A avaliação *SROI* indica que para cada R\$ 1,00 investido no Projeto PIR, R\$ 2,82 foram gerados em valor social, ou seja, quase três vezes o valor investido.

Os valores calculados em outros programas ou projetos voltados para o desenvolvimento na primeira infância sugerem que os resultados obtidos no Projeto PIR são muito positivos. Na tabela abaixo, pode-se observar a relação entre custo e benefício de outras intervenções para desenvolvimento infantil:

País	Custo/Benefício (Em US\$)	Referência
Estados Unidos	\$2 - \$7	Melhuish, 2004
Bolívia	\$1.7 - \$3.7	Van der Gaag & Tan, 1998

Turquia

\$1.12 - \$2.43

Kaytaz, 2004

Tabela 13: Relação custo benefício de outros projetos

No início de 2015, o Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS) realizou a avaliação *SROI* do Programa Valorizando uma Infância Melhor (VIM), uma iniciativa da Fundação Lucia e Pelerson Penido (FLUPP) para melhorar a educação infantil em quatro municípios do Vale do Paraíba, em São Paulo. A avaliação *SROI* indica os resultados positivos do Programa VIM, no qual para cada R\$ 1,00 investido, R\$ 4,08 foi gerado em valor social⁴⁸.

Além disso, diversos estudos apontam para a efetividade de estratégias para a primeira infância baseadas na visita domiciliar de Agentes Comunitários de Saúde, foco do PIR. Há evidências que, em países em desenvolvimento, intervenções diretas no espaço da casa e na comunidade para a promoção da mudança de práticas podem ser mais realistas, eficazes e localmente relevantes (BORGHI et al, 2005). Assim, ações que visam experiências de aprendizagem das famílias e comunidades, desenvolvidas com o seu apoio e envolvimento direto, estão entre aquelas mais eficientes para o desenvolvimento infantil (BLACK et al., 2007; MYERS, 1992).

8.4. Distribuição dos valores entre os *stakeholders*

É importante compreender para “quem” o valor do Projeto foi gerado, isto é, como ocorreu a distribuição dos benefícios do Projeto entre os vários *stakeholders*. Além disso, se um projeto tem como objetivo gerar impacto para um determinado grupo é necessário verificar se este grupo foi, de fato, beneficiado.

O gráfico abaixo representa a distribuição dos benefícios gerados entre os grupos de *stakeholder* do Projeto PIR:

⁴⁸ Maiores informações sobre o Programa VIM e sua avaliação *SROI* podem ser encontradas em: <http://idis.org.br/wp-content/uploads/2015/05/SROI-FLUPP.pdf>.

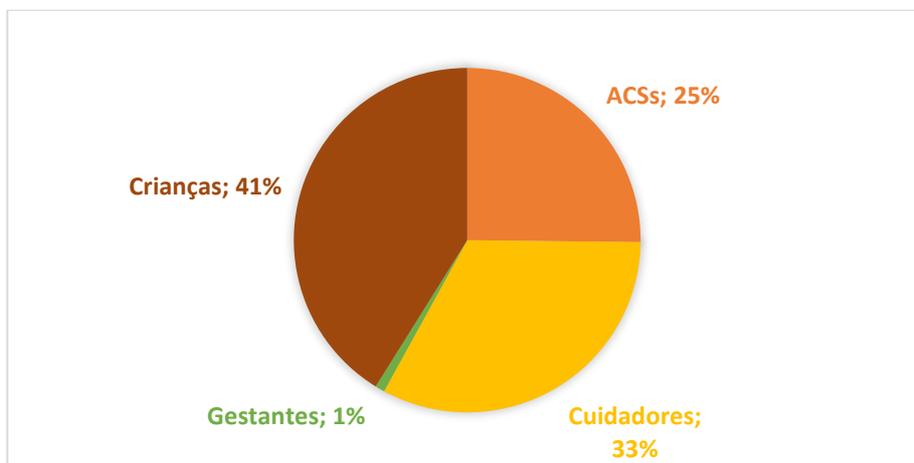


Figura 10: Distribuição dos benefícios

Os gráficos abaixo apresentam como os benefícios foram vivenciados pelos *stakeholders*:

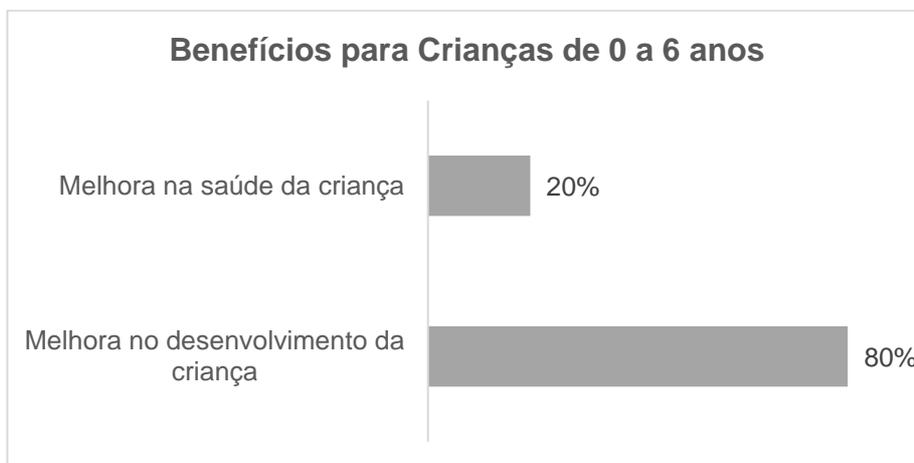


Figura 11: Benefícios para as crianças de 0 a 6 anos

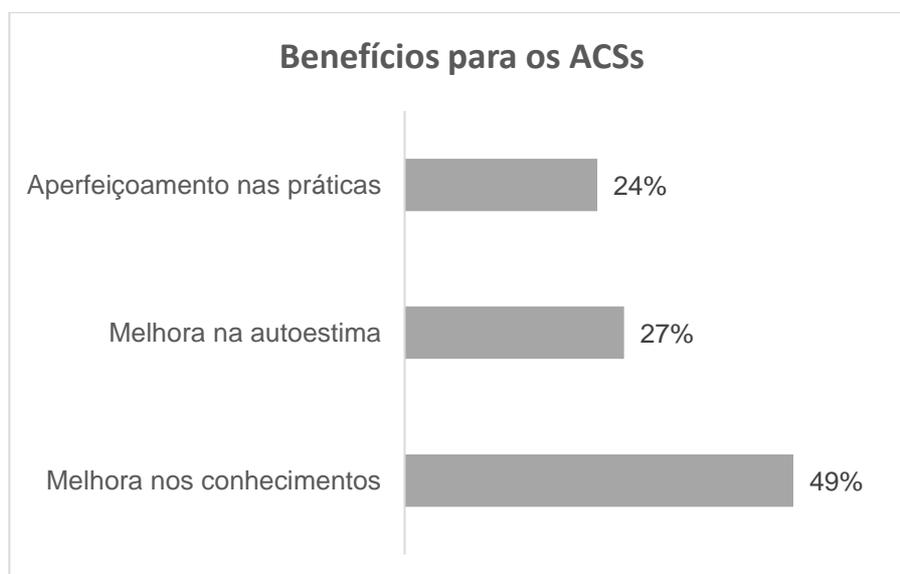


Figura 12: Benefícios para os ACSs

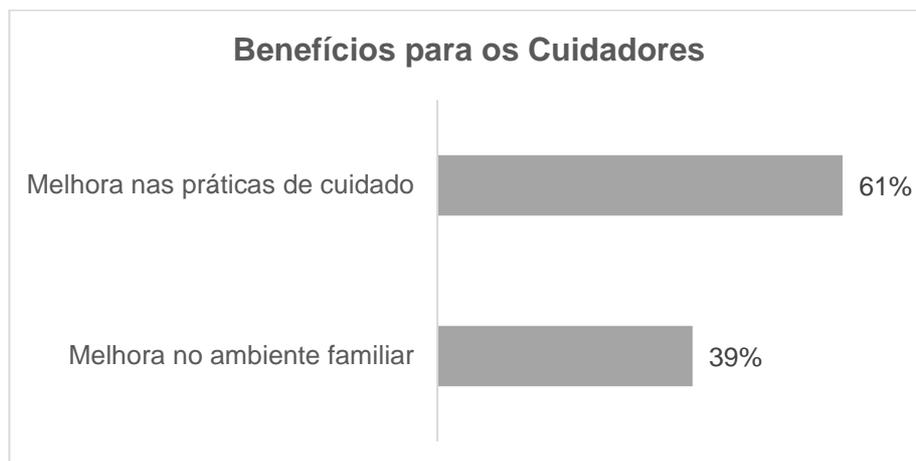


Figura 13: Benefícios para os cuidadores

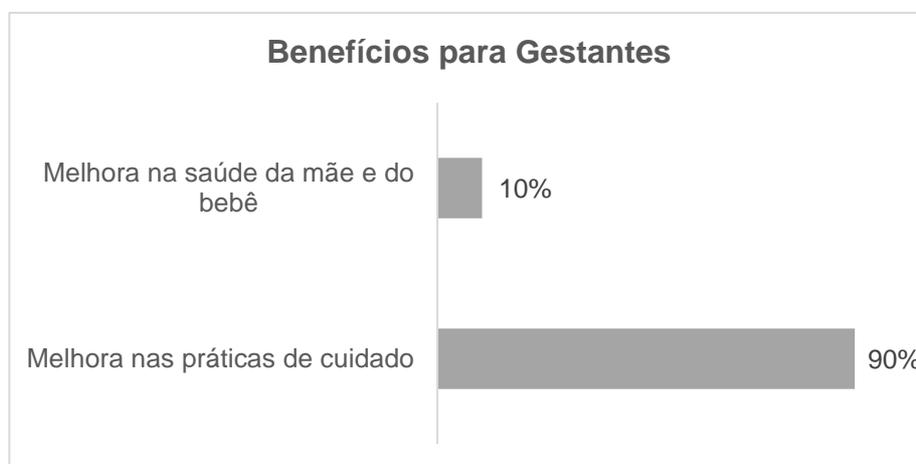


Figura 14: Benefícios para as gestantes

O gráfico a seguir mostra o valor individual dos benefícios gerados:

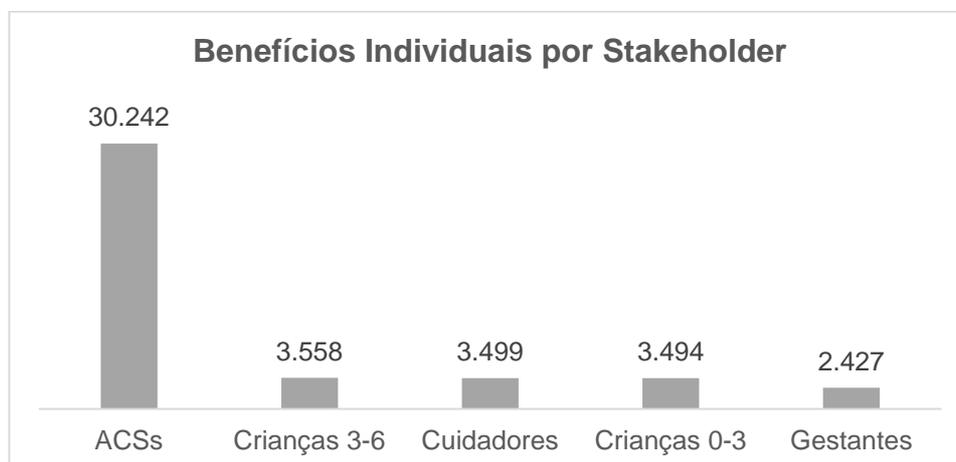


Figura 14: Benefícios individuais

Os ACSs receberam 25% dos benefícios do Projeto, mas como este grupo é composto por apenas 16 indivíduos, cada um deles concentrou um valor individual mais de nove vezes o valor médio dos benefícios dos outros *stakeholders*. Os ACSs foram o foco das atividades formativas e é esperado que os conhecimentos adquiridos por eles seguirão sendo disseminados, aumentando assim a quantidade de cuidadores, gestantes e crianças impactados positivamente pelo Projeto.

8.5. Análise de sensibilidade

Esta seção tem como objetivo analisar como algumas alterações nos pressupostos e *proxies* afetariam o valor do *SROI*. Isto demonstra o impacto que estas alterações têm sobre o *SROI* e indica um intervalo realista a ser considerado para a taxa de retorno do Projeto.

Como exposto na Seção 5.4, a percepção dos *stakeholders* quanto à duração dos benefícios experimentados com o Projeto PIR varia de 4 a 6 anos. A análise de sensibilidade consistiu em alterar este período para todos os resultados identificados em 2 e 3 anos. A tabela a seguir apresenta as diferentes taxas *SROI* encontradas:

item analisado	base do estudo	<i>SROI</i>
Duração dos benefícios	4, 5 ou 6 anos, conforme o resultado	2,82
	3 anos	2,13
	2 anos	1,61

No objetivo de explicitar de que maneira a taxa *SROI* se altera ao modificar os principais componentes do retorno social do investimento, outras análises de sensibilidade realizadas foram:

- Se a taxa de **drop-off** fosse alterada de 19,7% para 50% (o que significaria que a cada ano, metade de todos os resultados seriam perdidos), o *SROI* cairia para 1,69;
- Se a **taxa de desconto** fosse alterada de 6,73 para 9%, o *SROI* cairia para 2,68;
- Se o impacto fosse calculado apenas para os **indivíduos que responderam aos questionários**, o *SROI* seria 1,50;
- Esta avaliação não considerou a ampliação dos resultados do Projeto PIR para o universo de gestantes. Assim, se os resultados encontrados para a amostra de gestantes que responderam ao questionário fossem

alavancados para o total do **universo de gestantes**, o *SROI* aumentaria para 2,94;

- Se o impacto fosse calculado somente para as **crianças (0 a 6 anos)** beneficiadas pelo PIR, o *SROI* seria 1,16;
- Se o *SROI* fosse calculado somente para **50% das crianças** beneficiadas pelo PIR, seu valor seria 2,24;
- Se o *SROI* fosse calculado somente para **50% das crianças e cuidadores** beneficiados pelo PIR, seu valor seria 1,78;
- Se, no objetivo de compensar o possível **viés de respostas retrospectivas** baseadas na memória dos *stakeholders*, incluíssemos uma taxa de 25% no cálculo do *SROI*, seu valor seria de 2,12. Conforme apresentado no Capítulo 7, as taxas de *contrafactual* e *atribuição* foram definidas para cada resultado do Projeto PIR pelos próprios *stakeholders*. As análises de sensibilidade realizadas para esses pressupostos, assim como as taxas de *SROI* encontradas, são:
- Se as taxas de **contrafactual** fossem aumentadas em 50%, o *SROI* cairia para 1,93;
- Para o *SROI* se tornar igual a 1, as taxas de **contrafactual** devem ser multiplicadas por 2,02;
- Se as taxas de **atribuição** fossem aumentadas em 50%, o *SROI* cairia para 2,68;
- Para o *SROI* se tornar igual a 1, as taxas de **atribuição** devem ser multiplicadas por 7,40.

Analisou-se, ainda, como o *SROI* se altera quando se diminui em 50% as *proxies* definidas para os benefícios do Projeto. Esta análise foi feita conjuntamente para cuidadores e gestantes, e para crianças de 0 a 6 anos. Os resultados são apresentados a seguir:

Agentes Comunitários de Saúde

resultado	proxy escolhida	alterada para	<i>SROI</i> base	novo <i>SROI</i>
Melhora nos conhecimentos	6.282	3.141	2,82	2,17
Melhora na autoestima	4.712	2.356		
Aperfeiçoamento nas práticas	3.498	1.749		

Figura 15: Análise de sensibilidade - Proxies ACSs

Cuidadores e gestantes

resultado	proxy escolhida	alterada para	resultado	proxy escolhida	alterada para	<i>SROI</i> base	novo <i>SROI</i>
Melhora no ambiente familiar (Cuidadores)	1.860	930	Melhora nas práticas de cuidado (Gestantes)	3.141	1.570,50	2,82	2,35

Melhora nas práticas de cuidado (Cuidadores)	3.141	1.570,50	Melhora na saúde da mãe e do bebê (Gestantes)	885	442,50		
--	-------	----------	---	-----	--------	--	--

Figura 16: Análise de sensibilidade - Proxies Cuidadores e Gestantes

Crianças

resultado	proxy escolhida	alterada para	resultado	proxy escolhida	alterada para	SROI base	novo SROI
Melhora no desenvolvimento da criança 0-3 anos	3.357	1.678,50	Melhora no desenvolvimento da criança 3-6 anos	2.336	1.168	2,82	2,24
Melhora na saúde da criança 0-3 anos	1.044	522	Melhora na saúde da criança 3-6 anos	1.022	511		

Figura 17: Análise de sensibilidade - Proxies Crianças

Por fim, foi verificado como o *SROI* se altera quando usamos as *proxies* mais altas e mais *baixas* encontradas para cada um dos benefícios do Projeto – como apresentado no Capítulo 6.

item analisado	SROI Proxies mais baixas	SROI base	SROI Proxies mais altas
Proxies	2,76	2,82	4,14

Em toda a análise de sensibilidade, o *SROI* variou de 1,16 a 4,14, e não ficou menor que “um” em nenhum caso, o que evidencia o impacto do Projeto. O gráfico a seguir apresenta a dispersão do *SROI* nos exercícios apresentados anteriormente:

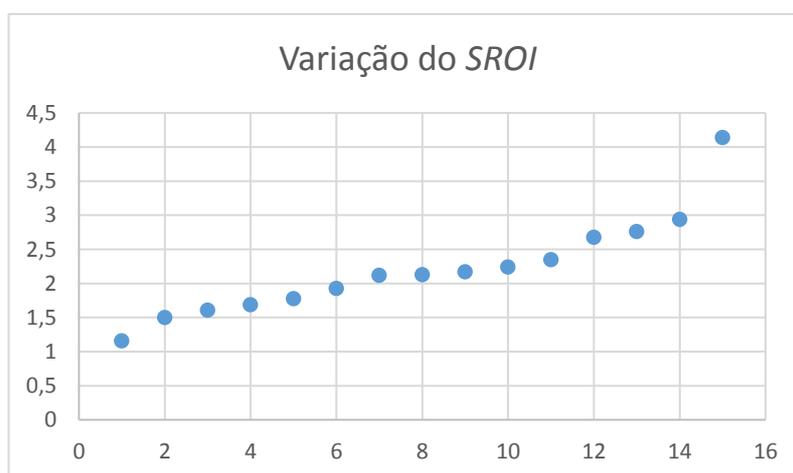


Figura 18: Variação do SROI

8.6. Relatando os resultados da avaliação aos *stakeholders*

Os resultados da avaliação foram apresentados aos *stakeholders* do Projeto PIR em evento organizado na comunidade de Tumbira em agosto de 2015. ACSs e supervisores presentes reforçaram as mudanças positivas trazidas pelo Projeto, e expressaram o desejo de ver o projeto se expandir para outras comunidades. Eles concordaram com as mudanças avaliadas:

“Foi esse resultado aí mesmo”

“Não me surpreendi com as estatísticas (...) foi isso que eu imaginei”

Também expressaram satisfação por verem o resultado do seu trabalho explicitado pela avaliação SROI:

“Trabalho na saúde há 21 anos. Preciso vir alguém de fora para mostrar como a gente é importante (...) hoje tem quem apoie a gente.

“Vejo que o pouco que fiz contribuiu para tantas mudanças”

Nessa mesma oportunidade, os resultados da avaliação também foram apresentados à equipe da FAS, parceiro executor do Projeto. Eles pontuaram que os benefícios foram muito maiores que o investimento realizado no Projeto.

A avaliação SROI do Projeto PIR também foi apreciada pelo Comitê Consultivo do Primeira Infância Amazonense.

Capítulo 9 – Conclusões e recomendações

9.1. Principais descobertas

O resultado desta avaliação *SROI* demonstra o impacto positivo gerado pelo Projeto, que em muito excedem os valores investidos, tanto que cada R\$1 investido gerou R\$ 2,82 em benefícios sociais.

Os maiores beneficiários foram as crianças de 0 a 6 anos, cujo desenvolvimento integral era o objetivo do Projeto. Dentro deste grupo, a maior mudança foi em relação ao desenvolvimento das crianças de 3 a 6 anos.

A mudança mais frequente foi a melhora nos conhecimentos pelos ACSs, que foi relatada por mais de 90% dos participantes. Enquanto que a mudança que gerou os maiores benefícios foram as melhoras nas práticas dos cuidadores.

Por trás dos números positivos encontramos muitas histórias de sucesso, como a gestante que foi estimulado pelo ACS a fazer exame pré-natal e no exame se descobriu HIV positiva. Com esta informação, foi possível realizar os cuidados médicos necessários e a criança nasceu sem o vírus, ou a história do ACS, que achava que o colostro deveria ser descartado, mas depois de descobrir sua importância, passou a fazer campanha a favor do aleitamento exclusivo.

O *SROI* de 2,82 refere-se apenas às mudanças de curto e médio prazo. É possível, porém, relacionar as mudanças ocasionadas pelo PIR a resultados de longo prazo, como: incremento na renda de adultos que passaram por projetos de incentivo ao desenvolvimento na primeira infância⁴⁹, diminuição dos custos de assistência social e aumento na arrecadação de impostos, ou seja, benefícios que representam investimentos futuros menores para os governos que investem na infância⁵⁰.

O PIR também foi avaliado a partir da comparação de dados de linha de base com dados coletados após a implantação do Projeto. Esta avaliação foi feita pela AMHT Consultoria Ambiental e os resultados apontam para um avanço no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças, sobretudo na faixa de 0 a 6 meses, confirmando os resultados deste estudo *SROI*. A avaliação feita pela AMHT também verificou melhora na alimentação das crianças (esta melhora aumenta conforme a idade das crianças avança) e que houve aprimoramento na imunização, no uso da caderneta de vacinação e na realização de exames, como o teste do pezinho.

⁴⁹ Estudo realizado por Gertler et al. (2014) sobre uma intervenção de estimulação psicossocial em crianças com distúrbios de crescimento na Jamaica mostrou que o salário do grupo de tratamento é 25% maior que aquele do grupo de controle.

⁵⁰ O Fórum Nacional de Políticas e Programas da Primeira Infância dos EUA, por exemplo, afirma que programas de qualidade na primeira infância tem um retorno social no longo prazo (mais de 10 anos depois) de 4 a 9 reais para cada real investido.

Estas avaliações corroboram com outras pesquisas que demonstram a importância de investimento na primeira infância e ratifica a escolha da capacitação de Agentes Comunitários de Saúde como estratégia privilegiada para o desenvolvimento desta população.

9.2. Oportunidade de aumentar o impacto

Embora a avaliação demonstre benefícios sociais significativos gerados pelo PIR, é importante identificar pontos de melhoria do Projeto, que aumentem ainda mais o seu impacto.

Na etapa de coleta de dados quantitativos, os cuidadores foram questionados sobre a frequência das visitas domiciliares que recebem. A relação entre essa frequência e a quantidade de mudança experimentada apresenta uma informação de grande importância: observa-se que quanto mais frequente são as visitas dos ACSs, maior é a média das mudanças relatadas pelos cuidadores. Esta relação entre o aumento de visitas domiciliares e a melhora nos resultados encontrados foi também verificada em outros estudos internacionais⁵¹.

A tabela abaixo apresenta esses números:

Frequência das visitas	Média das mudanças
A cada 15 dias	65%
1 vez por mês	51%
A cada 2 meses ou mais	41%
Sem frequência regular	33%

Se todas as casas com crianças menores de 6 anos recebessem visitas quinzenais, os resultados teriam uma melhora de 21%. É importante, portanto, garantir a regularidade das visitas.

Verificou-se ao longo do projeto que muitos ACSs foram substituídos por razões políticas. É importante considerar a perda acarretada para toda a comunidade quando um profissional formado é substituído por outro sem formação. O conhecimento adquirido pelo profissional não se perde, mas passa a beneficiar apenas seu círculo mais próximo de relações, deixando de favorecer a comunidade como um todo.

⁵¹ Nievar, Angela; Egeren, Laurie e Pollard, Sara (2010) "A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior". *Infant Mental Health Journal* Volume 31, Issue 5, pages 499–520, September/October 2010.

Kitzman, HJ (2004). "Effective early Childhood Development Programs for Low-income Families: Home Visiting Interventions during Pregnancy and Early Childhood". In: *Encyclopedia on Early Childhood Development* (online). Canada, 2004.

Uma maior aproximação entre os supervisores e ACSs também foi relatado como algo que ajudaria na contínua capacitação dos ACSs e no encaminhamento adequado de situação de vulnerabilidade social ou problemas de saúde encontrados pelos ACSs, em suas visitas domiciliares.

O projeto-piloto mostrou a relevância do Projeto e o desafio posto agora é a sua expansão para outras comunidades da região amazônica⁵², com maior rigor na regularidade das visitas e das reuniões de supervisão.

9.3. Recomendações e implicações da avaliação

No objetivo de aprimorar a emprego da metodologia *SROI* na organização executora da presente avaliação, bem como para melhorar sua utilização no Brasil, esta seção apresenta algumas recomendações sobre este processo avaliativo.

Há pouca disponibilidade de dados oficiais sobre primeira infância no país, especialmente àqueles relativos a comunidades fora dos centros urbanos.

A introdução da metodologia *SROI* no Brasil é recente, havendo apenas uma pessoa certificada pela *Social Value International*⁵³ no país.

Diante dos desafios encontrados, listamos abaixo alguns pontos que demandariam reflexão antes de futuras avaliações:

- A importância de uma sistematização das ações realizadas pelo Projeto. Os responsáveis pelas ações de formação e acompanhamento não registraram muitas das atividades do Projeto. Esta avaliação ficou então com uma dupla tarefa: levantar o que aconteceu e avaliar estas atividades;
- Dificuldade de contato com os *stakeholders*. As populações ribeirinhas têm pouco acesso a meios de comunicação e nossa única forma de contatá-los eram visitas presenciais, que além de demandarem grandes esforços de logística, apresentavam altos custos. As visitas presenciais ainda apresentavam o desafio de conseguir coincidir a visita em campo com a presença dos *stakeholders* com os quais se queria conversar;
- Necessidade de grandes investimentos de tempo na seleção de *proxies* financeiras;

⁵² É importante notar que, ao se levar a escala o projeto através do estabelecimento de uma política pública, os custos levantados com a UEA para a formação dos ACSs tenderão a diminuir devido aos ganhos de escala.

⁵³ <http://socialvalueuk.org/home/social-value-international-uk>.

- Importância de consultar todos os possíveis *stakeholders*. Depois que a avaliação estava em andamento, observou-se que os professores das crianças beneficiadas pelo Projeto poderiam ter sido incluídos como fonte de informação.

Este foi um dos primeiros estudos *SROI* realizados no país. A avaliação apresentou fortes evidências que o PIR cria benefícios sociais relevantes e produz um significativo retorno do investimento.

A avaliação fornece evidência robusta para apoiar a tomada de decisão e um relato atraente para ser compartilhado com financiadores, governo, apoiadores e interessados. Embora esta avaliação tenha focado especificamente no PIR, ela ajuda a demonstrar o tipo e extensão do valor que é criado em projetos de qualidade que focam no desenvolvimento da primeira infância.

Para investidores sociais, este relatório demonstra os resultados significativos que podem ser criados quando se investe na formação e desenvolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde na busca da melhora de condições da primeira infância. A análise também demonstra a qualidade de informações que é possível acessar quando um projeto é avaliado com esta metodologia.

Para os governos municipais, estaduais e nacional há evidência dos resultados extrapolarem a questão de saúde e desenvolvimento infantil, passando também pela melhora nas relações familiares, um adensamento do tecido social e novas perspectivas para comunidades ribeirinhas conquistarem seus direitos fundamentais.

Esta avaliação apresenta um exemplo de como grandes benefícios sociais são gerados quando um projeto é criado e implantado em parceria e seriedade. E como um projeto-piloto avaliado traz as evidências necessárias para a criação de uma política pública que pode beneficiar um número muito maior de crianças (do projeto piloto à escala).

Em face da atual crise pelo qual o país atravessa, acreditamos ser fundamental poder apresentar dados que objetivamente ajudam na tomada de decisão por investidores públicos e privados.

Bibliografia

Black, Maureen et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. Volume 369, N° 9557, p. 229-242, Janeiro 2007. Disponível em: “[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)60112-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)60112-3.pdf)”.

Borghi et al. Economic assessment of a women’s group intervention to improve birth outcomes in rural Nepal. *Lancet*, 2005, 366: 1882–84. Disponível em: “[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67758-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67758-6/abstract)”.

Bradley, Robert H. et al. Home Environment and School Performance: A Ten-Year Follow-Up and Examination of Three Models of Environmental Action. *Child Development*, Vol. 59, No. 4 (Agosto 1988), p. 852-867. Disponível em: “http://www.jstor.org/stable/1130253?seq=1#page_scan_tab_contents”.

Carlson, Marcia et al. Family Structure and Children’s Behavioral and Cognitive Outcomes. *Journal of Marriage and Family* N°63, p. 779-792. Agosto 2001. Disponível em: “<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2001.00779.x/abstract>”.

Costin, Claudia. A educação na primeira infância, agenda urgente. O Estado de São Paulo, 16 de junho de 2015. Disponível em: “<http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,a-educacao-na-primeira--infancia--agenda-urgente,1706961>”.

Davis, G. Using Retrospective Pre-post Questionnaire to Determine Program Impact. *Journal of Extension*, vol. 41, no. 4, August 2003.

Fujiwara, Daniel. Valuing the Impact of Adult Learning: An analysis of the effect of adult learning on different domains in life. 2012. Disponível em: “http://shop.niace.org.uk/media/catalog/product/v/a/valuingimpact_web_1.pdf”.

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. 2014. Disponível em: “<http://www.fnde.gov.br/financiamento/fundeb/fundeb-consultas/matr%C3%ADculas-da-educa%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica,-estimativa-da-receita-anual-e-coeficientes-de-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-recursos/item/6162-2014-com-base-na-portaria-interministerial-n%C2%BA-15,-de-25-11-2014>”.

Gaus, H. et al. The Counterfactual Self-Estimation of Program Participants: Impact Assessment Without Control Groups or Pretests. *American Journal of Evaluation*, Vol. 35(1), p. 8-25, 2014.

Gertler, P. et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, Vol. 344 (6187), p. 998-1001, Maio 2014.

Glaser, B., Strauss, A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Transaction, New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.), 1967.

Heckman, James. (2012) Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy. (2012). Disponível em: “www.heckmanequation.org”.

Hill, L.; Betz, D. “Revisiting the Retrospective Pretest.” *American Journal of Evaluation*, Vol. 26. no.4, December 2005; p. 501-517.

IBGE. Estados: Amazonas. 2014. Disponível em: “<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=am>”.

Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social. A primeira avaliação SROI do Brasil revela o verdadeiro impacto da iniciativa com crianças, 2015. Disponível em: “<http://idis.org.br/wp-content/uploads/2015/05/SROI-FLUPP.pdf>”.

Klatt, J.; Taylor-Powell, E. “Synthesis of Literature relative to Retrospective Pretest Design”. Presentation to the 2005 Joint CES/AEA Conference, Toronto.

Kaytaz, M. “A Cost Benefit Analysis of Preschool Education in Turkey”, Mother Child Education Foundation, 2004, Boğaziçi University.

Lamb, T. “The Retrospective Pretest: An Imperfect but Useful Tool.” *Evaluation Exchange*, vol. 11, no. 2, Summer 2005.

Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Brasília. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2.a edição. Brasília-DF. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf.

Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 157/2013-CGAN/DAB/SAS/MS, Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil. Disponível em: “http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/andi/nota_tecnica_avaliacao_metas.pdf”.

Myers, Robert. Strengthening programmes of early childhood development in the Third World. Published by Routledge in cooperation with UNESCO for The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, 1992.

Nelson, Charles; Haan, Michelle and Thomas, Kathleen. *Neuroscience of Cognitive Development: The Role of Experience and the Developing Brain*. (2006). John Wiley & Sons, New Jersey.

Nicholls, Jeremy; Lawlor, Eilis; Neitzert, Eva e Goodspeed, Tim. *The SROI Guide* (2009). Disponível (em inglês) em: <http://socialvalueuk.org/what-is-sroi/the-sroi-guide>.

Organização Mundial de Saúde. 10 facts on maternal health. 2014. Disponível em:

“http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/index6.html”.

Raidl, M. et al. Use Retrospective Surveys to Obtain Complete Data Sets and Measure Impact in Extension Programs. *Journal of Extension*, vol. 42, no. 2, April 2004.

Rockwell, S.; Kohn, H. Post-Then-Pre Evaluation. *Journal of Extension*, vol. 27, no. 2, Summer 1989.

Shadish, W.; Cook, T.; Campbell, D. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inferences. Houghton Mifflin Company, 2002, New York.

Teixeira, Alexandre. Um retrato do novo sonho brasileiro. *Época negócios*. Agosto de 2010. Disponível em: “<http://epocanegocios.globo.com/Revista/Common/0,,EMI161113-16357,00-INFOGRAFICO+UM+RETRATO+DO+NOVO+SONHO+BRASILEIRO.html>”.

UNESCO. *Participación de las Familias en la Educación Infantil Latinoamericana*. Santiago: UNESCO/Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. 2004. Disponível em: “<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139030s.pdf>”.

Van der Gaag, J.; Tan, J-P. The Benefits of Early Childhood Development Programmes: An Economic Analysis, The World Bank, 1998.

Banco Mundial. From Early Child Development to Human Development: Investing in our Children’s Future, 2012. Disponível em: “<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13950/239490PUB0Repl0top0150500same0info0.pdf?sequence=1>”.

Worthem, Blaine R. Avaliação de programas: concepção e práticas. Editora Gente, 2004.

Glossário

Análise de Sensibilidade	Processo de mensuração da sensibilidade de um modelo <i>SROI</i> à alterações de diferentes variáveis.
Atribuição de Valor	Uma avaliação de quanto o resultado de um projeto foi causado pela contribuição de outras organizações ou pessoas.
Contrafactual/ Deadweight	Medida dos resultados que teriam acontecido mesmo que o projeto não tivesse ocorrido.
Deslocamento	Uma mensuração sobre a parte do resultado que foi afetada por resultados que aconteceram em outros lugares.
Drop-off	A redução dos resultados de um projeto ao longo do tempo.
Impacto	O resultado final para os participantes, levando em consideração o que teria acontecido de qualquer maneira, a contribuição dos outros e o tempo de duração dos resultados.
Indicador	Uma informação que pode ser mensurada e ajuda a determinar as mudanças ocorridas. A metodologia <i>SROI</i> está preocupado com a mensuração de resultados e não, das atividades realizadas.
<i>Proxy</i>	Um valor aproximado, usado quando não é possível conseguir uma medida exata.
Retorno Social do Investimento	Valor presente total do impacto dividido pelo valor presente total do investimento.
<i>Stakeholders</i>	Pessoas, organizações ou entidades que experimentam mudança, seja ela positiva ou negativa, como resultado do projeto que está sendo analisado.
Taxa de Desconto	A taxa de juros utilizada para descontar os custos futuros e benefícios para o valor presente.
Teoria de Mudança	Representação de como o projeto irá alterar a realidade e alcançar seu objetivo de longo prazo.

APÊNDICES

Sumário

Apêndice 1 – Fotos do Projeto PIR	84
Apêndice 2 - Referências para saber mais sobre a metodologia <i>SROI</i>	87
Apêndice 3 - Sumário das justificativas para a não inclusão dos demais <i>stakeholders</i> nesta avaliação <i>SROI</i>	88
Apêndice 4 - Roteiro dos Grupos Focais e Entrevistas (Etapa qualitativa de coleta de dados)	92
Apêndice 5 - Fatores externos ao Projeto PIR que influenciam seus resultados	97
Apêndice 6 - Resumo do relatório de campo fase qualitativa de coleta de dados	99
Apêndice 7 - Questionários (Etapa quantitativa de coleta de dados)	102
Apêndice 8 - Detalhamento do cálculo das <i>proxies</i> financeiras utilizadas nesta avaliação <i>SROI</i>	111

Apêndice 1 – Fotos do Projeto PIR



Foto 1: Maleta Infância do Canal Futura⁵⁴, material fornecido aos ACSs

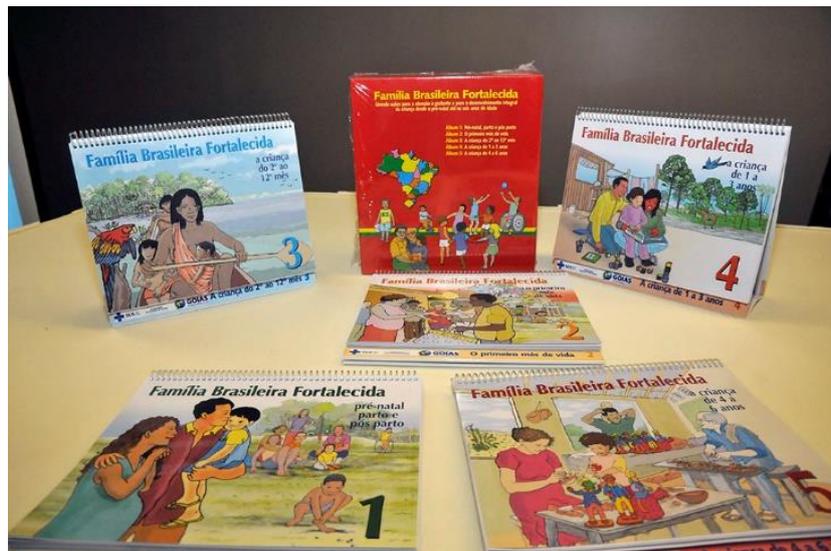


Foto 2: Kit Família Brasileira Fortalecida da UNICEF⁵⁵, material fornecido aos ACSs

⁵⁴ Esta foto encontra-se disponível no site: "<https://www.behance.net/gallery/12815565/Maletas-Canal-Futura>".

⁵⁵ Esta foto encontra-se disponível no site: "<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=182362>".



Foto 3: A comunidade de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro



Foto 4: A comunidade de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro



Foto 5: O “barco escolar” no Rio Negro



Foto 6: Preparação para o grupo focal com cuidadores e gestantes na comunidade de Saracá

Apêndice 2 - Referências para saber mais sobre a metodologia **SROI**

Para mais informações sobre a metodologia *SROI*, acesse os links:

<http://socialvalueuk.org/>

<http://socialvalueuk.org/what-is-sroi/the-sroi-guide>

<http://idis.org.br/>

Apêndice 3 - Sumário das justificativas para a não inclusão dos demais *stakeholders* nesta avaliação SROI

A tabela a seguir apresenta todos os *stakeholders* do Projeto PIR, com o resumo das justificativas para sua inclusão ou não inclusão nesta avaliação. A forma com que foram abordados, se aplicável, assim como a maneira como podem ter sido afetados pelo Projeto PIR são também expostas.

Apesar de consultados para este trabalho, alguns *stakeholders* não foram incluídos na avaliação por não serem considerados os principais beneficiários do Projeto PIR, ou por não apresentarem mudanças suficientemente materiais. Não obstante, as informações coletadas junto à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), à Secretaria municipal de Saúde de Iranduba, aos supervisores, à Fundação Amazonas Sustentável (FAS) e ao Programa Primeira Infância Melhor (**PIM**) foram essenciais para a identificação das mudanças ocasionadas pelo Projeto PIR em seus principais grupos de beneficiários.

Stakeholder	Como foram afetados? (Positiva ou negativamente)	Incluídos?		Razões inclusão/exclusão	Método de envolvimento
		Sim	Não		
1 Crianças de 0 a 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças mais saudáveis; • Crianças têm desenvolvimento integral em primeira infância; • Crianças usufruem de maior vínculo com a família. 	X		As crianças são o público principal do Projeto e a maior motivação da decisão de investimento.	Indireto → através dos relatos de familiares e ACSs
2 Crianças de 3 a 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças mais saudáveis; • Crianças têm desenvolvimento integral em primeira infância; • Crianças mais preparadas para o início escolar; • Crianças são mais autônomas e se relacionam mais facilmente. 	X		As crianças são o público principal do Projeto e a maior motivação da decisão de investimento.	Indireto → através dos relatos de familiares e ACSs
3 Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores adquirem conhecimentos sobre saúde e desenvolvimento infantil; • Cuidadores usufruem de melhor ambiente familiar. 	X		São atendidos diretamente pelo Projeto por meio do recebimento de informações e atividades.	Grupos focais
4 Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Gestantes adquirem conhecimentos sobre saúde e desenvolvimento infantil; • Gestantes gozam de melhor saúde durante a gravidez. 	X		São atendidas diretamente pelo Projeto por meio do recebimento de informações e atividades.	Grupos focais
5 Agentes Comunitários de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • ACSs adquirem conhecimento em saúde, desenvolvimento infantil e período gestacional, aplicando-o no seu trabalho; • ACSs aperfeiçoam suas práticas, desenvolvendo atividades e passando informações de acordo com a faixa etária da criança; 	X		São alvo direto do Projeto ao receber formação em gestação e saúde e desenvolvimento infantil.	Grupos focais

	<ul style="list-style-type: none"> • ACSs se sentem mais preparados e motivados para realizar o seu trabalho. 				
6 Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com o aumento da interação entre as pessoas da casa, usufruem de ambiente familiar fortalecido; • Compartilham de atividades prazerosas ao cuidar da criança beneficiada pelo Projeto. 		X	Ainda que impactados pelo Projeto, a análise dos relatos da 1º fase da coleta de dados (Etapa Qualitativa) indica imaterialidade das mudanças ocorridas para os familiares. Assim, a quantidade de mudança experimentada e sua permanência ao longo do tempo são inferiores às dos principais <i>stakeholders</i> do Projeto PIR.	-
7 Supervisores	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisores realizam trabalho com equipes de ACSs mais participativas; • Supervisores adquirem melhores conhecimentos para auxílio ao trabalho dos ACSs; • Supervisores usufruem de trabalho mais eficaz dos ACSs, assim como de melhor interação com estes. 		X	Ainda que impactados pelo Projeto, a análise dos relatos da 1º fase da coleta de dados (Etapa Qualitativa) indica imaterialidade das mudanças ocorridas para os supervisores. Assim, a quantidade de mudança experimentada e sua permanência ao longo do tempo são inferiores às dos principais <i>stakeholders</i> do Projeto PIR.	Entrevistas pessoais
8 Secretarias municipais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão pública para a saúde infantil mais estruturada, engajada e integrada; • Maior eficácia de sua equipe – Coordenadores; Supervisores e ACSs. 		X	Através de consulta aos <i>stakeholders</i> , observa-se que secretarias experimentam mudanças imateriais, uma vez que o Projeto PIR fortaleceu atividades e coordenações pré-existentes.	Entrevistas pessoais
9 Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão pública para a saúde infantil mais estruturada, engajada e integrada; • Redes internas e regionais fortalecidas. 		X	Através de consulta aos <i>stakeholders</i> , observa-se que a SUSAM experimenta mudanças imateriais, uma vez que o Projeto PIR fortaleceu atividades e coordenações pré-existentes.	Entrevistas pessoais

10 Líderes comunitários	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação com governos locais facilitada, fortalecendo a participação da comunidade na discussão sobre desenvolvimento e saúde infantil no município. 		X	Recebem resultados indiretos do Projeto.	-
11 Professores	<ul style="list-style-type: none"> Receberão as crianças que foram beneficiadas pelo projeto PIR. 		X	Recebem resultados indiretos do Projeto e perceberão mudanças no longo prazo, sendo consideradas, assim, imateriais para esta análise.	-
12 Comunidades	<ul style="list-style-type: none"> Vê fortalecida sua futura geração desde a infância; No longo prazo, a melhora do desenvolvimento infantil se reflete no aumento das oportunidades para os seus moradores e na melhora da qualidade de vida nas comunidades. 		X	Recebem resultados indiretos do Projeto e perceberão mudanças no longo prazo, sendo consideradas, assim, imateriais para esta análise.	-
13 Fundação Amazonas Sustentável (FAS)	<ul style="list-style-type: none"> Tem suas atividades e reconhecimento fortalecidos no estado do Amazonas; Adquirem conhecimentos em desenvolvimento na primeira infância. 		X	Fazem parte do processo de implantação do Projeto PIR, recebendo resultados indiretos.	Entrevistas pessoais
14 Primeira Infância Melhor (PIM)	<ul style="list-style-type: none"> Com o auxílio no processo formativo, fortaleceu seus conhecimentos em desenvolvimento infantil e beneficiou-se da visibilidade do seu trabalho. 		X	Fazem parte do processo de formação oferecida pelo Projeto PIR, recebendo resultados indiretos.	Entrevistas pessoais

Apêndice 4 - Roteiro dos Grupos Focais e Entrevistas (Etapa qualitativa de coleta de dados)

Grupo Focal com Cuidadores

1. Introdução

*além dos familiares, as únicas pessoas que podem entrar no grupo são professores da Universidade e profissionais da CEUC

- ✓ Apresentação das pesquisadoras e dos participantes. Colher dados relativos à idade das crianças e à quantidade de gestantes.
- ✓ Apresentação do objetivo geral do encontro: compreender o que mudou na vida das pessoas por meio do Projeto PIR – o que foi bom e o que precisa melhorar? Convocar a co-responsabilidade dos beneficiários e garantir sua não identificação (entrega de documento).

2. Conhecimento e grau de envolvimento com o PIR

- ✓ O que sabem sobre o Projeto PIR? – ex.: como contariam para alguém que não faz parte do PIR o que é o Projeto (objetivos, parceiros etc.)?
- ✓ Como percebem sua participação no PIR? – procurar saber sobre o grau de envolvimento e sobre o recebimento de visitas domiciliares ou participação em reuniões coletivas.

3. Impactos do PIR nas famílias e nas crianças

- ✓ O que já sabiam e o que o PIR trouxe como novidade?
- ✓ Houve mudanças na vida / rotina familiar com a chegada do PIR? (verificar aspectos positivos e negativos e, se necessário, ajudar o grupo: aumento das interações verbais, dos cuidados com higiene/saúde/alimentação etc.)
- ✓ O que passaram a fazer de forma diferente? – comparação antes / agora + descrição de exemplos.
- ✓ Entre todas as mudanças listadas, qual a mais importante, a segunda mais importante etc.?
- ✓ Como dá para saber que as mudanças aconteceram de fato? – quais as pistas? – ex.: aumento da interação lúdica (jogos/brincadeiras), da verbal (conversa, contação ou leitura de histórias), dos cuidados com higiene/saúde – procurar quantificar antes e atualmente.
- ✓ Acham que as mudanças vieram para ficar ou vão durar apenas um tempo? O que é necessário acontecer para que as mudanças permaneçam por mais tempo?

- ✓ As mudanças têm a ver só com o PIR ou algo mais contribuiu? Procurar saber em que medida, ou seja, quanto (%) cabe ao PIR e a outros fatores.
 - ✓ Pensando especificamente nas crianças: o que mudou na vida delas desde o início do PIR? O que elas passaram a fazer de diferente por causa do Projeto? (comparar antes/depois – escovação do dente, fala, conhecimento de histórias, jogos etc.)
 - ✓ Como dá para perceber essas mudanças?
 - ✓ As mudanças afetam a vida das crianças só agora ou duram mais tempo?
 - ✓ As mudanças poderiam ter acontecido sem o PIR? Algo mais pode ter contribuído para elas terem acontecido? – em que medida?
 - ✓ Entre todas as mudanças listadas, qual a mais importante para a vida das crianças?
 - ✓ Pensando no PIR de forma geral, o que precisa continuar acontecendo e o que precisa melhorar/mudar?
 - ✓ Quais as sugestões para que o PIR possa contribuir ainda mais com as famílias e com o desenvolvimento das crianças?
4. Percepção do Projeto por outros *stakeholders*
- ✓ Perceberam mudanças (positivas ou negativas) na comunidade ou em outras pessoas da comunidade por causa do PIR? (parteira “descartada”, criação de brinquedoteca etc.)
 - ✓ Qual a visão que as pessoas que não participam diretamente do PIR têm do Projeto?

5. Fechamento

Grupo Focal com Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

1. Introdução

*além dos agentes, as únicas pessoas que podem entrar no grupo são professores da Universidade e profissionais da CEUC

- ✓ Apresentação das pesquisadoras e dos participantes. Colher dados relativos à comunidade de atuação e ao tempo de atuação.
 - ✓ Apresentação do objetivo geral do encontro: compreender o que mudou na vida das pessoas por meio do Projeto PIR– o que foi bom e o que precisa melhorar? Convocar a co-responsabilidade dos agentes e garantir sua não identificação (entrega de documento).
2. Conhecimento e grau de envolvimento com o PIR
- ✓ Como souberam do Projeto PIR?

- ✓ Como qual frequência participaram das atividades de capacitação no modelo de visitação familiar?
- ✓ Como qual frequência realizam visitas domiciliares? E reuniões coletivas?
- ✓ Utilizam regularmente os indicadores de desenvolvimento infantil do PIR? Preenchem regularmente a caderneta das crianças? O que acham desses instrumentos?
- ✓ Encaminham para o supervisor os casos de crianças que preocupam em termos de desenvolvimento? Saber sobre devolutivas/orientações.
- ✓ Acompanham o supervisor na comunidade?
- ✓ Como contariam para um agente de saúde que não faz parte do PIR o que é o Projeto (objetivos, parceiros etc.)?
- ✓ Como percebem sua participação no PIR? – procurar saber sobre o grau de envolvimento.

3. Impactos do PIR nos agentes

- ✓ O que já sabiam e o que o PIR trouxe como novidade?
- ✓ O que mudou em suas vidas desde o início do PIR? (em termos pessoais e profissionais, considerando aspectos positivos e negativos).
- ✓ Profissionalmente, o que passaram a fazer de forma diferente depois do Projeto? (solicitar exemplos concretos)
- ✓ Como percebem / sentem a(s) mudança(s)? De que forma elas são observáveis / se concretizam? – pistas
- ✓ Qual a mais importante? E a segunda, terceira...?
- ✓ Quanto tempo acham que as mudanças vão permanecer? – curto, médio ou longo prazo + explicações. O que pode contribuir para que durem mais?
- ✓ As mudanças poderiam ter acontecido sem o PIR? Algo mais pode ter contribuído para elas terem acontecido? – em que medida?

4. Impactos do PIR nas crianças

- ✓ O que mudou na vida das crianças desde o início do PIR?
- ✓ O que elas passaram a fazer de forma diferente? (coletar exemplos concretos, buscando comparação entre antes e atualmente + procurar saber se reconhecem seu trabalho por trás das mudanças)
- ✓ Qual a mudança mais importante? E a segunda, terceira...?
- ✓ Como imaginam que essas mudanças podem ser medidas?
- ✓ As mudanças vieram para ficar ou vão durar apenas um tempo? (curto, médio, longo). O que pode contribuir para que permaneçam por mais tempo?

- ✓ As mudanças na vida das crianças se devem apenas ao PIR ou algo mais pode ter contribuído? – procurar saber se identificam outras organizações que trabalharam simultaneamente ao PIR que possam ter influenciado os resultados. Em caso afirmativo, pedir que estimem porcentagens – PIR e outros.
5. Impressões sobre o PIR
- ✓ Pensando no Projeto de forma geral, o que precisa continuar acontecendo e o que precisa melhorar/mudar? – saber se o PIR enfrenta dificuldades para se estabelecer nas comunidades – quais os desafios?
 - ✓ Se o Projeto tivesse que focar em um ponto de aperfeiçoamento, qual seria?
 - ✓ Que outras ações ou atividades poderiam ser pensadas no sentido de causar um impacto ainda maior na vida de vocês e também nas crianças?
 - ✓ Têm outras sugestões para o aperfeiçoamento do Projeto?
6. Percepção do Projeto por outros *stakeholders*
- ✓ Perceberam mudanças (positivas ou negativas) na comunidade ou em outras pessoas da comunidade por causa do PIR?
 - ✓ Qual a visão que as pessoas que não participam diretamente do PIR têm do Projeto?
7. Fechamento

Roteiro Geral das Entrevistas

1. Introdução
- ✓ Apresentação das pesquisadoras e do(s) entrevistado(s)
 - ✓ Apresentação do objetivo geral da entrevista: compreender o que mudou na vida das pessoas por meio do Projeto PIR – o que foi bom e o que precisa melhorar?
2. Sobre [a instituição referente ao entrevistado e/ou o trabalho do entrevistado] e o PIR – *seção específica para cada roteiro*
3. Sobre os ACSs e as famílias do PIR
- ✓ Vocês sabem dizer de que forma o PIR mudou o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde? (saber se observam diferenças em suas atuações, depois de terem sido formados pelo Projeto + pedir que exemplifiquem os impactos concretamente, descrevendo como era antes e como é agora + perguntar se houve mudanças inesperadas).
 - ✓ Pensando especificamente nas famílias, que mudanças observam terem ocorrido por meio do Projeto? Como percebem essas mudanças? (o que passou a ser feito de forma diferente – interação comunicativa, saúde, brincadeiras etc.).

- ✓ O que acreditam que mudou na vida das crianças desde o início do PIR? (tentar obter exemplos concretos).
4. Sobre o PIR
- ✓ Qual foi o envolvimento do Ministério da Saúde no PIR?
 - ✓ No cenário ideal, como seria a organização responsável pelas capacitações?
 - ✓ Sabem de outras organizações que trabalharam simultaneamente ao PIR e que possam ter influenciado os resultados?
 - ✓ O que acham que aconteceria mesmo sem o PIR?
 - ✓ De todas as mudanças sobre as quais conversamos hoje, qual a mais importante, isto é, qual tem maior impacto na vida das crianças, famílias, ACSs?
 - ✓ Como imaginam que essa mudança pode ser medida? (ajudar a definir o indicador da mudança).
 - ✓ Quanto acham que esta mudança vai durar? (se não conseguir estabelecer um período de tempo, definir se é curto / médio / longo prazo).
 - ✓ Quais os maiores desafios do PIR?
 - ✓ Se o Projeto tiver que focar em um ponto, qual seria? – Explicar razões.
 - ✓ O que consideram como a principal força / o que tem mais valor em todo o Projeto PIR?
 - ✓ Como vocês veem o futuro do Projeto PIR?
 - ✓ Como vocês imaginam a transformação do PIR em política pública? Que condições precisam ser garantidas para esta efetivação?
 - ✓ Quais atores estariam envolvidos nessa transformação?
 - ✓ Algum outro ponto para acrescentar / aprofundar?
5. Encerramento

Apêndice 5 - Fatores externos ao Projeto PIR que influenciam seus resultados

Para compreender de modo aprofundado como a mudança acontece ao longo do tempo, é necessário considerar outros fatores, externos ao Projeto PIR, que possam afetar os resultados de curto, médio e longo prazos.

Durante as consultas (grupos focais, entrevistas e questionários) aos *stakeholders*, buscamos identificar quais fatores têm atuado para facilitar ou dificultar o alcance dos objetivos do Projeto PIR.

A inclusão desses fatores externos na análise de impacto do Projeto contribui para uma visão mais aprofundada dos resultados atuais e permite um melhor planejamento de atividades e iniciativas no futuro.

Facilitadores (*Enablers*)

- As ações e o reconhecimento da Fundação Amazonas Sustentável (FAS) nas comunidades ribeirinhas podem ter ajudado a criar um ambiente facilitador ao PIR (ex. trabalho com líderes comunitários);
- Líderes comunitários: auxiliam na apresentação do Projeto, na mobilização da comunidade para as atividades previstas e atuam como ponte entre as comunidades e os governos municipais;
- Os ACSs, instrumento do Projeto PIR, são membros das comunidades ribeirinhas. Assim, compreendem a cultura e os hábitos locais;
- Governo local: facilitaram o Projeto disponibilizando os ACSs e coordenadores para participarem do percurso formativo previsto no PIR;
- Os ACSs assumem funções que não são necessariamente de sua responsabilidade, como agendar consultas com especialistas, e se esforçam financeiramente para realizar as visitas domiciliares.

Dificultadores ou Impeditivos (*Preventers*)

- Acesso da população aos serviços de saúde: o Projeto PIR teve como consequência o aumento da demanda pelos serviços públicos de saúde, que nem sempre é acompanhado de investimentos no volume necessário;
- Fluxo de comunicação entre as diferentes secretarias municipais e estaduais visando atender as demandas de saúde da população;
- Grau de instrução/ índice de analfabetismo: há uma heterogeneidade no nível de instrução entre os ACSs e as famílias. A baixa escolaridade de alguns dos ACSs afeta a capacidade que têm de compreender as informações passadas nas capacitações. Nas famílias, o índice de analfabetismo prejudica a realização de atividades incentivadas pelo Projeto, como a contação de história para os filhos;

- Fatores ligados à realidade amazônica, tais como a distância e o clima, atuam como dificultadores do PIR, uma vez que influenciam no deslocamento das pessoas entre as comunidades e o município/capital e na disponibilidade de medicamentos e vacinas nas comunidades;
- Instabilidade política nas secretarias municipais de saúde: no município de Iranduba, por exemplo, a rotatividade do Secretário de Saúde foi de quatro vezes em um ano. Essa troca excessiva demanda recorrente trabalho de sensibilização à primeira infância. Ainda, decorre disto uma alta rotatividade também dos ACSs.

Apêndice 6 - Resumo do relatório de campo fase qualitativa de coleta de dados

Resumo

Esta pesquisa qualitativa pretendeu identificar a visão de diferentes atores envolvidos com o projeto *Primeira Infância Ribeirinha* (PIR), quando convidados a refletir sobre seus efeitos na vida dos beneficiários das ações, seus pontos fortes e suas fragilidades.

Os dados coletados mostram que o projeto é bastante valorizado por todos, mas que pairam dúvidas sobre os diferentes papéis das instituições e organizações envolvidas na iniciativa.

Em seu conjunto, as informações coletadas apontam para grande transformação no trabalho e na vida dos Agentes Comunitários de Saúde. Percebe-se que o PIR transformou o nível de conhecimento, a forma como se relacionam com as famílias e comunidades atendidas e as informações que levam para elas. No que tange as crianças e suas famílias, grande destaque foi conferido às mudanças relativas aos hábitos de saúde, higiene e alimentação e ao desenvolvimento.

Grupos Focais

Os grupos focais destinaram-se aos beneficiários das ações - Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e representantes das famílias de duas localidades, Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Saracá.

O mapeamento das mudanças, do modo como as mudanças foram experimentadas, dos diferentes níveis de envolvimento dos sujeitos com o projeto e das sugestões para o futuro tem como objetivo colaborar com a elaboração de indicadores, etapa posterior a este estudo.

As questões que orientaram a realização das entrevistas e dos grupos focais foram organizadas em roteiros que, de acordo com as conversas, procuraram melhor se adequar à situação de interlocução e suas condições, sofrendo, com isso, algumas alterações e adaptações.

Estratégia de levantamento de dados

Em linhas gerais, os objetivos e estratégias metodológicas que orientaram o levantamento de dados foram:

1. Conhecer o envolvimento das diferentes organizações e instituições com o PIR, sua visão sobre as mudanças por ele provocadas e suas expectativas sobre o futuro do projeto.

Estratégias metodológicas: entrevistas com atores do poder público de saúde, com atores da FAS e do PIM.

2. Identificar as ações dos ACSs que interveem nas comunidades e as mudanças ocasionadas pelo PIR – o que faziam / o que passaram a fazer nas visitas domiciliares, o que precisa continuar acontecendo / o que precisa melhorar, tendo em vista o melhor desenvolvimento de seu papel.

Estratégias metodológicas: grupo focal com ACSs e entrevistas com atores da SUSAM, da FAS e do PIM.

3. Conhecer as impressões das famílias sobre o PIR – o que mudou em suas vidas e na vida das crianças por causa do projeto, o que precisa ser mantido e o que precisa ser melhorado.

Estratégias metodológicas: grupos focais com famílias de duas localidades.

Conclusões

As contribuições das diferentes vozes indicam a presença de uma visão hegemônica de que o Projeto *Primeira Infância Ribeirinha* faz a diferença na vida das novas gerações. De fato, o PIR apresenta uma importante oferta de atenção à primeira infância em territórios com vulnerabilidades diversas.

A incorporação das mudanças propiciadas pelo projeto foi, muitas vezes, identificada como mais possível (e duradoura) para os ACSs. Os efeitos do PIR foram reconhecidos, por eles próprios e pelos atores entrevistados, como um dos aspectos mais importantes do projeto. “Empoderamento” surgiu como expressão recorrente na qualificação de ganhos relativos a competências diversas: estabelecimento de vínculo com as famílias, conteúdo abordado nas visitas domiciliares, apropriação de conceitos de saúde e de procedimentos profissionais.

Quanto ao envolvimento das diferentes organizações e instituições com o PIR, os atores entrevistados explicitaram a necessidade de uma melhor definição de seus papéis / responsabilidades. Muitos afirmaram que o projeto vive num campo de disputa que em alguns momentos parece destoar dos princípios de cooperação e sinergia.

Sobre o futuro do projeto, duas ideias se apresentaram – ser um programa de uma política pública de saúde e ser uma ferramenta de um programa já existente -, sendo que a primeira foi mais frequente. Além disso, embora muitas vezes tenha sido mencionada a necessidade de articulação com outras secretarias (Educação e Assistência Social) e até mesmo com a Universidade, o papel dessa articulação não foi aprofundado.

Acompanhamento do trabalho e avaliação de resultados foram considerados pelas secretarias de saúde como grandes desafios, principalmente em municípios de grande porte. Somam-se a isso questões relativas às condições de trabalho dos agentes, especialmente as de locomoção, contratação e capacitação.

Sabemos, no entanto, que a ampliação da consciência sobre as capacidades de aprendizagem das crianças que podem contribuir de forma importante nas probabilidades de maior logro e sucesso em sua vida escolar e em seu futuro social não é tarefa simples.

Em resumo:

1. O projeto piloto *Primeira Infância Ribeirinha* mostrou-se não apenas viável em sua realização, mas extremamente potente para mover alterações necessárias no atendimento à primeira infância.
2. Agentes, capacitadores e supervisores parecem entender que seu trabalho se beneficiaria ainda mais com a ampliação de conhecimento sobre “desenvolvimento infantil”. Contudo, é preciso reconhecer que se trata de um conjunto de informações que têm um alto nível de complexidade, o que implica reflexão sobre as reais possibilidades do papel dos ACSs e, se for o caso, redimensionamento dos processos de capacitação e supervisão.

Apêndice 7 - Questionários (Etapa quantitativa de coleta de dados)

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Olá! Nós queremos saber se você está percebendo alguma **mudança na vida das crianças** nas comunidades em que você trabalha. Gostaríamos que você pensasse no último dia de visitas que realizou.

- Se você viu crianças de **0 a 3 anos** nesse último dia, gostaríamos que você falasse sobre duas delas. As frases abaixo ajudam a lembrar se você observou alguma mudança no dia-a-dia dessas crianças. Por exemplo, a primeira frase é sobre os cuidados de higiene com o bebê: se você acha que o cuidado com a higiene do bebê mudou muito, marque o número 3, se você acha que houve uma mudança média no cuidado com a higiene do bebê, marque 2, se você acha que mudou só um pouco, marque 1, e se você acha que está igual, ou seja, que não mudou nada pois há cuidados de higiene tanto quanto sempre teve, marque 0 (zero). **Se você viu mais de uma criança entre 0 e 3 anos nesse último dia de visita, por favor, responda separado para cada uma delas** (se viu mais de duas crianças de 0 a 3 anos nesse dia, responder para os dois mais novos).

Então, em cada uma das frases abaixo, como você diria que mudou quanto a (circule):

Criança 1 (nome)	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados dos pais com a higiene do bebê		0	0	1	2	3
2. O quanto a mãe/cuidador(a) acaricia, pega o bebê		0	0	1	2	3
3. O período (meses) que a mãe vai dar de mamar no peito		0	0	1	2	3
4. A quantidade de consultas neonatal realizadas		0	0	1	2	3
5. A quantidade de músicas cantadas e de conversas com o bebê		0	0	1	2	3
6. A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico		0	0	1	2	3
Criança 2 (nome)	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados dos pais com a higiene do bebê		0	0	1	2	3
2. O quanto a mãe/cuidador(a) acaricia, pega o bebê		0	0	1	2	3
3. O período (meses) que a mãe vai dar de mamar no peito		0	0	1	2	3
4. A quantidade de consultas neonatal realizadas		0	0	1	2	3
5. A quantidade de músicas cantadas e de conversas com o bebê		0	0	1	2	3
6. A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico		0	0	1	2	3

2. Agora, se você visitou crianças de **4 a 7 anos** nesse último dia de visitas, gostaríamos que você falasse sobre duas delas. Nós queremos saber se você percebe alguma mudança no desenvolvimento ou alguma diferença no dia-a-dia dessas crianças. **Se você viu duas crianças entre 4 e 7 anos nesse último dia de visitas, por favor, responda separado para cada uma delas** (se viu mais de duas crianças de 4 a 7 anos nesse dia, responder para os dois mais novos).

Então, em cada uma das frases abaixo, como você diria que essas crianças mudaram quanto a (circule):

Criança 1 (nome)	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados de higiene		0	0	1	2	3
2. A quantidade de acidentes no ambiente doméstico		0	0	1	2	3
3. A quantidade de doenças da criança		0	0	1	2	3
4. A quantidade de músicas cantadas e de conversas entre os pais e a criança		0	0	1	2	3
5. A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares		0	0	1	2	3
6. O relacionamento da criança com outras crianças		0	0	1	2	3
7. A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar		0	0	1	2	3
Criança 2 (nome)	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados de higiene		0	0	1	2	3
2. A quantidade de acidentes no ambiente doméstico		0	0	1	2	3
3. A quantidade de doenças da criança		0	0	1	2	3
4. A quantidade de músicas cantadas e de conversas entre os pais e a criança		0	0	1	2	3
5. A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares		0	0	1	2	3
6. O relacionamento da criança com outras crianças		0	0	1	2	3
7. A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar		0	0	1	2	3

3. Agora, gostaríamos de saber se você acha que algo **mudou em sua vida profissional e pessoal**. Por exemplo, você notou alguma mudança **no seu dia-a-dia nas comunidades, na forma como você se relaciona com as famílias atendidas e como se sente como Agente Comunitário de Saúde?** (circule)

O quanto você diria que mudou pensando no seguinte:	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. A valorização do seu papel na(s) comunidade(s)	0	0	1	2	3
2. O jeito que você é recebido pelas famílias que visita	0	0	1	2	3
3. O seu conhecimento sobre desenvolvimento da criança	0	0	1	2	3
4. O seu conhecimento sobre a gestação e a formação do bebê antes do nascimento	0	0	1	2	3
5. O seu conhecimento sobre a importância da família no desenvolvimento das crianças	0	0	1	2	3
6. O quanto você se sente preparado(a) para realizar seu trabalho em relação às crianças	0	0	1	2	3
7. O preenchimento da caderneta de saúde da criança	0	0	1	2	3
8. A quantidade de informações sobre alimentação e higiene que você leva para as famílias, nas visitas	0	0	1	2	3
9. A quantidade de informações sobre a importância da conversa com a criança que você leva para as famílias, nas visitas	0	0	1	2	3
10. A quantidade de informações sobre a importância de brincar que você leva para as famílias, nas visitas	0	0	1	2	3

4. Agora vamos imaginar que o PIR não existisse, ou seja, **faça de conta que não aconteceu o PIR**. Que mudanças você acha que teriam acontecido mesmo assim, ou seja, que coisas teriam mudado do mesmo jeito, sem a ajuda do PIR? **Assinale abaixo a resposta que estaria mais próxima do que você pensa:**

	Não Sei	Nada teria mudado sem o PIR	Apenas algumas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Muitas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Tudo teria mudado da mesma forma, igual , mesmo sem o PIR
1. Sua relação com as famílias e comunidades	X	0	1	2	3
2. Seus conhecimentos sobre desenvolvimento da criança	X	0	1	2	3
3. Seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde	X	0	1	2	3
4. A saúde da criança	X	0	1	2	3
5. O desenvolvimento da criança	X	0	1	2	3
6. O quanto a mãe / cuidador(a) conversa e toca no filho(a)	X	0	1	2	3

5. O quanto você acha que vão durar essas mudanças que o PIR trouxe e que você está observando nas crianças e na sua prática como Agente Comunitário de Saúde? Por exemplo, você acha que vai continuar observando e sentindo isso só por mais alguns meses? Ou por mais um ano? Ou por muito mais tempo? **Assinale a resposta mais próxima do que você acha que vai acontecer para cada frase:**

	Quanto acha que vai durar esse resultado?				
	Menos de 1 ano	1 ano	2 anos	3 a 5 anos	+ de 5 anos
1. Sua relação com as famílias e comunidades	0	1	2	4	6
2. Seus conhecimentos sobre desenvolvimento da criança	0	1	2	4	6
3. Seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde	0	1	2	4	6
4. A saúde da criança	0	1	2	4	6
5. O desenvolvimento da criança	0	1	2	4	6
6. O quanto a mãe / cuidador(a) conversa e toca no filho(a)	0	1	2	4	6

6. Nas visitas às crianças de 0 a 6 anos, você usa o kit de apoio (kit Família Brasileira Fortalecida e Maleta Infância), que disponibilizam livros e materiais de desenho? (circule)	
Sim	1
Não	2

CUIDADORES

Nome:	1. Você conhece ou já ouviu falar do Projeto PIR? (circule)	
Comunidade:	Sim	1
	Não	2

2. Olá! Se você tem filhos de **0 a 3 anos**, nós queremos saber se você está percebendo alguma **mudança na vida dele(s)**. As frases abaixo ajudam a lembrar **se você observou alguma mudança no dia-a-dia com seu filho(a)**. Por exemplo, a primeira frase é sobre os cuidados de higiene com o bebê: se você acha que o cuidado com a higiene do bebê mudou muito, marque o número 3, se você acha que houve uma mudança média no cuidado com a higiene do bebê, marque 2, se você acha que mudou só um pouco, marque 1, e se você acha que está igual, ou seja, que não mudou nada pois há cuidados de higiene tanto quanto sempre teve, marque 0 (zero). **Se você tem mais de um filho(a) entre 0 e 3 anos, por favor, responda separado para cada um deles** (se mais de dois filhos de 0 a 3 anos, responder para os dois mais novos). **Então, em cada uma das frases abaixo, como você diria que mudou quanto a:**

Filho(a) 1 (nome): (Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados de higiene que você tem com o bebê	0	0	1	2	3
2. O quanto você acaricia, pega o bebê	0	0	1	2	3
3. O período (meses) que vai dar de mamar no peito	0	0	1	2	3
4. A quantidade de consultas neonatal que você fez ou vai fazer	0	0	1	2	3
5. A quantidade de conversas e músicas que você canta com o bebê	0	0	1	2	3
6. A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico	0	0	1	2	3

Filho(a) 2 (nome): (Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados de higiene que você tem com o bebê	0	0	1	2	3
2. O quanto você acaricia, pega o bebê	0	0	1	2	3
3. O período (meses) que vai dar de mamar no peito	0	0	1	2	3
4. A quantidade de consultas neonatal que você fez ou vai fazer	0	0	1	2	3
5. A quantidade de conversas e músicas que você canta com o bebê	0	0	1	2	3
6. A quantidade de acidentes envolvendo o bebê no ambiente doméstico	0	0	1	2	3

3. Do mesmo modo, se você tem filhos de **4 a 7 anos**, nós queremos saber se você está percebendo alguma **mudança no desenvolvimento dele ou alguma diferença no dia-a-dia do seu filho**. **Se você tem mais de um filho(a) entre 4 e 7 anos, por favor, responda separado para cada um deles** (se mais de dois filhos de 4 a 7 anos, responder para os dois mais novos). **Então, em cada uma das frases abaixo, como você diria que seu filho(a) mudou quanto a:**

Filho(a) 1 (nome):	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
8. Os cuidados de higiene que você tem com a criança		0	0	1	2	3
9. A quantidade de acidentes envolvendo a criança no ambiente doméstico		0	0	1	2	3
10. A quantidade de doenças da criança		0	0	1	2	3
11. A quantidade de músicas cantadas e de conversas		0	0	1	2	3
12. A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares		0	0	1	2	3
13. O relacionamento da criança com outras crianças		0	0	1	2	3
14. A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar		0	0	1	2	3
Filho(a) 2 (nome):	(Idade:)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. Os cuidados de higiene que você tem com a criança		0	0	1	2	3
2. A quantidade de acidentes envolvendo a criança no ambiente doméstico		0	0	1	2	3
3. A quantidade de doenças da criança		0	0	1	2	3
4. A quantidade de músicas cantadas e de conversas		0	0	1	2	3
5. A quantidade de vezes que a criança brinca com outros familiares		0	0	1	2	3
6. O relacionamento da criança com outras crianças		0	0	1	2	3
7. A habilidade da criança de segurar objetos, pintar e recortar		0	0	1	2	3

4. Agora gostaríamos de saber se você está percebendo **alguma mudança na sua vida como mãe / cuidador(a) ou na sua vida familiar**. Por exemplo, você notou alguma mudança **no dia-a-dia com seu(s) filho(s)** ou na **forma como você se relaciona com ele(s) em casa?**

O quanto você diria que mudou pensando no seguinte: (circule)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. A quantidade de vezes que você conversa com seu filho(a)	0	0	1	2	3
2. A quantidade de vezes que você briga ou bate no seu filho(a)	0	0	1	2	3
3. A quantidade de vezes que o pai (se houver) conversa ou brinca com a criança	0	0	1	2	3
4. A quantidade de pessoas (irmãos, vizinhos, avós) que conversam ou brincam com a criança	0	0	1	2	3
5. Seu cuidado com a saúde da criança	0	0	1	2	3
6. A quantidade de vezes que você brinca com o seu filho(a)	0	0	1	2	3
7. A quantidade de vezes que você conta histórias ou canta para o seu filho(a)	0	0	1	2	3
8. O contato da criança com livros	0	0	1	2	3
9. Os tipos de comida que você dá para a criança	0	0	1	2	3

5. Agora vamos imaginar que o PIR não existisse, ou seja, **faça de conta que não aconteceu o PIR**. Que mudanças você acha que teriam acontecido mesmo assim, ou seja, que coisas teriam mudado do mesmo jeito, sem a ajuda do PIR? **Assinale abaixo a resposta que estaria mais próxima do que você pensa:**

	Não Sei	Nada teria mudado sem o PIR	Apenas algumas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Muitas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Tudo teria mudado da mesma forma, igual , mesmo sem o PIR
1. Os seus cuidados com seu(s) filho(s)	X	0	1	2	3
2. O bem-estar na sua casa	X	0	1	2	3
3. A saúde do seu filho(a)	X	0	1	2	3
4. O desenvolvimento do seu filho(a)	X	0	1	2	3
5. O quanto você conversa e toca no seu filho	X	0	1	2	3

6. O quanto você acha que vão durar essas mudanças que o PIR trouxe e que você está observando nas crianças e na vida familiar? Por exemplo, você acha que vai continuar observando e sentindo isso só por mais alguns meses? Ou por mais um ano? Ou por muito mais tempo? **Assinale a resposta mais próxima do que você acha que vai acontecer para cada frase:**

	Quanto acha que vai durar esse resultado?				
	Menos de 1 ano	1 ano	2 anos	3 a 5 anos	+ de 5 anos
7. Os seus cuidados com seu(s) filho(s)	0	1	2	4	6
8. O bem-estar na sua casa	0	1	2	4	6
9. A saúde do seu filho(a)	0	1	2	4	6
10. O desenvolvimento do seu filho(a)	0	1	2	4	6
11. O quanto você conversa e toca no seu filho(a)	0	1	2	4	6

GESTANTES

Nome:	1. Você conhece ou já ouviu falar do Projeto PIR? (circule)	
Comunidade:	Sim	1
	Não	2

2. Nós queremos saber se você está percebendo alguma mudança na sua relação com a gestação. As frases abaixo ajudam a lembrar **se você observou alguma mudança no dia-a-dia com a sua gravidez**. Por exemplo, a primeira frase é sobre o quanto conversa com a barriga: se acha que hoje você conversa bem mais, marque o número 3, se acha que conversa mais, marque 2, se acha que só um pouco mais, marque 1, se acha que está igual, ou seja, que não mudou nada, marque 0 (zero).

Quanto você diria que mudou pensando no seguinte: (circule)	Não sei dizer	Nenhuma mudança	Pequena mudança	Média mudança	Grande mudança
1. O quanto você conversa com a barriga	0	0	1	2	3
2. A quantidade de meses que você pretende amamentar no peito	0	0	1	2	3
3. A quantidade de exames pré-natal que você fez ou vai fazer	0	0	1	2	3

3. Agora vamos imaginar que o PIR não existisse, ou seja, **faça de conta que não aconteceu o PIR**. Que mudanças você acha que teriam acontecido mesmo assim, ou seja, que coisas teriam mudado do mesmo jeito, sem a ajuda do PIR? **Assinale abaixo a resposta que estaria mais próxima do que você pensa:**

	Não Sei	Nada teria mudado sem o PIR	Apenas algumas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Muitas coisas teriam mudado mesmo sem o PIR	Tudo teria mudado da mesma forma, igual , mesmo sem o PIR
1. A interação com o bebê dentro da sua barriga	X	0	1	2	3
2. A quantidade de meses que você pretende amamentar no peito	X	0	1	2	3
3. O acompanhamento e o cuidado com a sua saúde e a do bebê	X	0	1	2	3

Apêndice 8 - Detalhamento do cálculo das *proxies* financeiras utilizadas nesta avaliação SROI

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1) Melhora nos conhecimentos

Cenário 4 – exercício *Willingness-to-pay* (“exercício de disposição a pagar”):

9 ACSs⁵⁶ e 3 enfermeiros responderam à seguinte pergunta: “Quanto vale cada dia de capacitação (em R\$)?”

Respostas:

75 - 80 - 85 - 100 - 200 - 310 - 500 - 800 - 900 - 900 - 1.000

Média das respostas: 450

Cálculo da *proxy* melhora nos conhecimentos

$$= 450 * 18 \text{ (dias de capacitação)} = \mathbf{8.100}$$

2) Melhora na autoestima

Exercício *Willingness-to-pay Exercise* (“exercício de disposição a pagar”): o percentual de autoestima em relação ao valor do conhecimento adquirido.

9 ACSs responderam à seguinte pergunta: “Para você, quanto vale o ganho de autoestima, em relação ao ganho de conteúdo?”

0%	25%	50%	75%	100%	125%
não vale nada	pouco	metade	bastante	vale igual	vale mais

A partir da escala acima, 8 ACSs expressaram que a melhora na autoestima equivale a 125% do valor do conhecimento adquirido, e 1 escolheu a escala de 75%.

O menor valor reportado foi adotado para o cálculo desta *proxy* (75%). Assim:

$$\mathbf{\text{Cálculo da } proxy \text{ melhora na autoestima} = 75\% * 6.282 = 4.712}$$

3) Aperfeiçoamento nas práticas

⁵⁶ Um ACS respondeu que as capacitações não têm preço.

Descrição	Valor mensal	Valor anual (Proxy)
Antes do PIR, as visitas duravam em média 15 minutos. Hoje, elas têm duração média de 45 minutos = 30 minutos a mais do que era de rotina. ACSs realizam em média 5 visitas/dia. $30 \times 5 = 2,5\text{h/dia}$ - $12,5\text{h/semana}$ - 50h/mês .	$((1.014 \times 0,92) / 160) \times 50 = 291,53$ (salário/hora*horas suplementares de visita)	$291,53 \times 12 = \mathbf{3.498}$

CUIDADORES

1) Melhora nas práticas de cuidado

9 ACSs responderam à seguinte pergunta: “Quanto do conteúdo aprendido, você pode transmitir para as mães/cuidadores?”

0%	25%	50%	75%	100%
nada	pouco	metade	bastante	tudo

A partir da escala acima, as respostas foram:

50% - 75% - 75% - 75% - 75% - 100% - 100% - 100% - 100%

O menor valor reportado foi adotado para o cálculo desta *proxy* (50%). Assim:

<p>Cálculo da <i>proxy</i> melhora nas práticas de cuidado</p> <p>$= 50\% * 6.282 = \mathbf{3.141}$</p>

2) Melhora no ambiente familiar

Simulação no sistema Simulador Habitacional CAIXA para aquisição de casa própria com subsídio do Governo (Minha Casa Minha Vida).

Renda bruta familiar: média do valor do rendimento nominal mensal dos domicílios rurais particulares dos três municípios do Projeto PIR (Iranduba, Manacapuru e Novo Airão)⁵⁷:

Iranduba	R\$ 1.642,33
Manacapuru	R\$ 1.163,73

⁵⁷IBGE, 2014. Disponível em: ["http://www.cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=13&idtema=16&codv=v16&search=amazonas|iranduba|sintese-das-informacoes-"](http://www.cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=13&idtema=16&codv=v16&search=amazonas|iranduba|sintese-das-informacoes-).

Novo Airão	R\$ 746,82
Média	R\$ 1.184,29

Prazo máximo de financiamento: 360 meses

Valor de entrada: 10% do valor aproximado do imóvel

As simulações para os três municípios do Projeto PIR resultaram nos mesmos resultados, e apresentamos nesta avaliação aquela para o município de Iranduba:

Simulador Habitacional CAIXA

1 Dados iniciais

Este financiamento é para uma pessoa: Pessoa Física
 Qual o tipo de financiamento você deseja? Residencial
 Em qual destas categorias o imóvel se enquadra? Aquisição de Imóvel Novo
 Valor aproximado do imóvel: R\$ 52.000,00
 Onde está localizado o imóvel? IRANDUBA-AM
 Possui imóvel nesta cidade: Não

2 Seus dados

Qual é a renda bruta familiar? R\$ 1.184,29
 Qual é a data de nascimento do participante de maior idade? 18/11/1988
 Possui 3 anos de trabalho sob regime do FGTS, somando-se todos os períodos trabalhados? Não
 Já fui beneficiado, ou o imóvel objeto do financiamento, com subsídio concedido pelo FGTS/União? Não

3 Opções

VEJA AQUI A MELHOR OPÇÃO SELECIONADA PARA VOCÊ

4 Resultados

Minha Casa Minha Vida - Aquisição de Imóvel Novo.- Balcão.

Valor do imóvel	R\$ 52.000,00
Prazo máximo	360 meses
Cota máxima financiamento	80%
Subsídio Minha Casa Minha Vida	R\$ 17.960,00
Valor da entrada	R\$ 5.200,00 Alterar
Prazo desejável	360 meses Alterar
Valor do financiamento	R\$ 28.840,00
Sistema de amortização	PRICE Alterar

Confira as Opções

SEM SEGURADORA

Juros Nominais (taxas de juros a.a. + TR)	5.0000% a.a. + TR%
Juros Efetivos (taxas de juros a.a. + TR)	5.1161 % a.a. + TR%
1ª Prestação	R\$ 157,98
Última Prestação	R\$ 154,82
CET (Custo Efetivo Total a.a.)	Calcular
CESH (Custo Efetivo de Seguro Habitacional)	

Conforme a simulação acima, o valor médio de uma prestação para aquisição de casa própria em Iranduba, no valor total de R\$ 52.000, a ser paga em 30 anos, com subsídio do Governo e entrada de aproximadamente R\$ 5.200 é de cerca de R\$ 155/mês, ou **R\$ 1.860/ano.**

GESTANTES

1) Melhora nas práticas de cuidado

Esta *proxy* foi calculada conforme o resultado “melhora nas práticas de cuidado” para Cuidadores.

Cálculo da *proxy* melhora nas práticas de cuidado

$$= 50\% * 6.282 = 3.141$$

2) Melhora na saúde da mãe e do bebê

- Plano de saúde com serviço de obstetrícia (após período de carência de 10 meses), para as faixas etárias de 19 a 43 anos:

Planos de saúde	Hapvida Saúde	Amil 300	Unimed enfermaria
19-23 anos	132,12	205,33	135,25
24-28 anos	150,51	225,86	196,46
29-33 anos	167,43	248,45	234,86
34-38 anos	175,32	248,45	246,72
39-43 anos	196,87	260,87	255,85
Média valor mensal	164,45	237,79	213,82
Média valor anual	1.973,4	2.853,50	2.565,93

Média dos valores anuais para plano de saúde com serviço de obstetrícia: **2.464**

- Consultas:

Nome	Valor consulta (R\$)	Valor (R\$) do pré-natal recomendado (6 consultas)
Dr. Alberto	200	1200
Dr. Denis	120	720
Dr. Guilherme	120	720
Dr. Paulo Rogeres	150	900

Média do valor de seis consultas particulares: **885** (valor utilizado nesta avaliação).

CRIANÇAS

1) Melhora na saúde da criança

- Plano de saúde e odontológico para crianças de 0 a 6 anos:

Nome do plano	Mensalidade (R\$)	Custo anual (R\$)
Hapvida Saúde	102,40	1.228,80
Amil	199,40	2.392,80
Unimed Manaus (+ odontológico Amil)	201,63	2.419,56

Média dos valores anuais para plano de saúde: **2.014**

- Consultas:

Pediatras

Nome	Valor consulta (R\$)
Dr. Marcos	100
Dr. Plínio	400
Dra. Elizabeth	300
Dra. Romy	150
Dra. Rita	150

Média do valor da consulta de 5 pediatras em Manaus: **220**

Dentistas

Nome	Valor consulta (R\$)
Dra. Alessandra	360
Dra. Ritacley	200
Dra. Fernanda	250
Dra. Heliomara	250
Dra. Tuane	450

Média do valor da consulta de 5 dentistas em Manaus: **302**

Melhora na saúde da criança de 0 a 3 anos

Consultas de 0 a 3 anos: 7 consultas ao pediatra e 4 consultas ao dentista

Custo anual: $(7 \cdot 220) + (5 \cdot 302) = 2.748$

Esta avaliação considerou o valor das consultas particulares para o cálculo desta *proxy*, ajustada ao rendimento nominal médio mensal das comunidades do PIR.

Para este ajuste, utilizou-se os dados do IBGE (2014) para o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação de domicílio – rural (média para os municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão = R\$ 1.184) e o valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes com rendimento domiciliar, por situação de domicílio – urbana (Manaus = R\$ 3.119). Assim, adotou-se 2,634 como fator de conversão.

Cálculo da proxy melhora na saúde da criança de 0 a 3 anos

$$= 2.748 / 2,634 = 1.044$$

Melhora na saúde da criança de 3 a 6 anos

Consultas de 3 a 6 anos: 4 consultas ao pediatra e 6 consultas ao dentista

Custo anual: $(4 \times 220) + (6 \times 302) = 2.692$

Esta avaliação considerou o valor das consultas particulares para o cálculo desta proxy, ajustada ao rendimento nominal médio mensal das comunidades do PIR, conforme apresentado acima. Assim:

Cálculo da proxy melhora na saúde da criança de 3 a 6 anos

$$= 2.692 / 2,634 = 1.022$$